

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

263

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Mars 1904, à 1 heure

PAR

Victor LE LORIER

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

LAURÉAT DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'AMÉNORRHÉE PRIMITIVE

PRÉSIDENT : **M. POIRIER**, Professeur.

JUGES	{	MM. BERGER , Professeur.	{	Agrégés.
		LAUNOIS ,		
		MARION ,		

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12
(Anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. DEBOVE.
Professeurs.	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	N....
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale.	CHANTEMESSE
	DEBOVE.
Clinique médicale.	{ LANDOUZY.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUD.
Clinique ophtalmologique	LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement.	{ PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef
ACHARD.	DUPRE.	LEGRY.	des trav. anat.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANCON.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (Aug.).	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (André).	GOUJET.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
DEMLIN.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON CHER MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POIRIER

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS .

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

A MON CHER MAITRE

M. LE DOCTEUR G. LEPAGE

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ

MEIS ET AMICIS

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	10
PREMIÈRE PARTIE	13
La menstruation normale	13
DEUXIÈME PARTIE	29
L'aménorrhée primitive	29
CHAPITRE I. — Définition — La mens- truation tardive — Ses caractères.	29
CHAPITRE II. — Etude clinique	36
CHAPITRE III. — Etude anatomo- pathologique	42
CHAPITRE IV. — Diagnostic et pronostic	52
CHAPITRE V. — Les indications théra- peutiques dans l'aménorrhée primitive	65
OBSERVATIONS	75
CONCLUSIONS	106
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	108

AVANT-PROPOS

C'est pour nous un devoir bien agréable à remplir que d'exprimer ici notre reconnaissance aux maîtres éminents à qui nous devons notre instruction professionnelle et qui, tous, sans exception, nous ont donné des marques d'estime et d'affectueux intérêt.

Notre souvenir ému va tout d'abord à nos maîtres de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière; entre eux tous nous adressons le témoignage de notre gratitude toute particulière à M. le professeur SURMONT dont nous avons été l'élève et qui nous honore de son amitié.

A notre arrivée à Paris nous eûmes l'honneur et la bonne fortune de devenir l'un des derniers élèves du regretté V. HANOT; nous conservons pieusement la mémoire de cet admirable clinicien qui savait si bien par son enseignement plein de charme et sa bienveillance parfois un peu rude, s'attacher nos jeunes esprits par des liens où entraient autant d'affection que de respect.

Pendant trois mois de stage nous fûmes l'élève de M. le professeur TILLAUX près duquel nous pri-

mes nos premières leçons de clinique chirurgicale.

Nommé externe en 1897, nous entrâmes en cette qualité chez F. BRUN. Sa mort nous a été une perte cruelle car il fut pour nous un maître bienveillant et un conseiller précieux. Notre deuxième année d'externat nous a valu l'honneur de devenir l'élève de M. le professeur GRANCHER, puis de M. le professeur FOURNIER, nous sommes heureux de remercier en même temps qu'eux MM. JULES RENAULT, ZUBER, JACQUET, CUVILLIER, EMERY, ED. FOURNIER, qui tous ont contribué dans une large mesure à augmenter le bagage de nos connaissances en pédiatrie et en dermatologie.

L'année suivante (1899-1900), nous allions comme interne provisoire à l'hôpital d'Aubervilliers, où nous eûmes le double bonheur d'avoir pour champ d'études un merveilleux musée et pour maître le chercheur infatigable, l'esprit si fin qu'est M. le professeur agrégé ROGER.

En 1900-1901, nous fûmes l'interne de M. FÉLIZET que nous remercions sincèrement des attentions qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner. En 1901-1902, nous étions l'élève de M. LEPAGE. Nous n'exprimerons jamais suffisamment à ce bon maître, tout ce que nous lui devons de reconnaissance pour la large initiative qu'il nous a laissée dans son service, l'appui précieux et les sages conseils qu'il nous a toujours prodigués. C'est à lui que nous devons d'avoir pendant deux mois remplacé M. RUDAUX, alors chef de clinique, dans le beau service de M. RIBEMONT-

DESSAIGNE qui nous a accueilli avec une inoubliable bienveillance. C'est auprès de ces deux maîtres que nous avons pris le goût de l'obstétrique et déterminé l'orientation actuelle de nos études. Nous tenons en outre à les remercier tout particulièrement du grand honneur qu'ils nous ont fait en nous admettant à collaborer à la dernière édition de leur « *Précis d'obstétrique* ». M. le sénateur PEYROT a été notre maître en 1902-1903. Dans son service si actif de Lariboisière il nous a fait largement profiter de sa grande expérience clinique et de son habileté opératoire. Monsieur SOULIGOUX, son assistant, qui fut aussi notre protecteur a droit également à notre gratitude.

Nous terminons aujourd'hui notre internat chez M. le professeur POIRIER, c'est pour nous un bonheur inappréciable que d'être l'élève de ce maître éminent qui nous permettra de lui exprimer ici l'hommage de notre respectueuse et sincère affection. Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; nous lui en sommes profondément reconnaissant.

En terminant, nous adressons encore nos remerciements et l'expression de notre gratitude, à M. les professeurs PINARD et LE DENTU dont l'appui et les précieux conseils ne nous ont jamais fait défaut ; à M. le Dr BOISSARD qui nous a ouvert largement les portes de son service ; à M. le Dr MAUCLAIRE qui a eu l'obligeance de nous communiquer quelques documents bibliographiques pour ce travail, à MM. CUNÉO, PARI-NAUD et VACHER (D'ORLÉANS) qui tous trois ont par quelque point accru la somme de nos connaissances.

INTRODUCTION

Pendant les derniers mois de notre internat à la maternité de la Pitié, notre excellent maître, monsieur Lepage, attira notre attention sur l'intérêt qu'il y aurait à étudier la menstruation et ses troubles. A la vérité, ce sujet était loin d'être neuf, mais il nous parut possible de le rajeunir, en quelque sorte, en utilisant toute une série de travaux récents, élucidant un certain nombre de questions relatives à la physiologie et au substratum anatomique de cette fonction si importante et encore bien mal connue.

Mais en abordant cette étude, nous n'avons pas tardé à constater qu'elle présentait une étendue considérable et que pour l'explorer d'une façon un peu complète il nous eut fallu disposer d'un temps que nous n'avions pas. Nous avons donc cherché à limiter autant que possible le champ de nos investigations et nous nous sommes arrêté en dernière analyse à l'étude de l'*Aménorrhée primitive*.

Que signifie cette dénomination ? Elle s'entend de l'*absence des règles chez les jeunes filles parvenues à l'âge habituel de la menstruation*. C'est en somme un .

symptôme négatif. Malgré cela son étude était intéressante, parce que l'on pouvait prévoir a priori qu'elle comportait un certain nombre d'applications pratiques. Le fait, pour une jeune fille adulte ou presque adulte, de ne point avoir ses règles, constitue une anomalie qui frappe et inquiète son entourage et il est peu d'accoucheurs ou de gynécologues qui n'aient été appelés à donner leur avis sur des cas de ce genre et en particulier à en formuler le pronostic.

Il nous a été possible de réunir un assez grand nombre d'observations, que l'on trouvera à la fin de ce travail, et qui en constituent la base.

Il nous eût été facile d'en rassembler encore un plus grand nombre en recueillant les observations publiées sous le titre d'« absence des organes génitaux internes » et il y en a beaucoup. Mais cette manière de procéder aurait eu un gros inconvénient, c'est de donner aux malformations génitales, au point de vue de l'aménorrhée primitive, une importance et une prépondérance qu'elles n'ont pas dans la réalité. Nous avons échappé à cet inconvénient en ne tenant compte, le plus souvent, que des observations publiées sous le titre d'Aménorrhée primitive. Nous étions sûr ainsi d'avoir le maximum de diversité en ce qui concerne les causes de cette anomalie fonctionnelle.

Nous avons divisé notre travail en deux parties : dans la première nous étudions la *menstruation normale* surtout au point de vue des acquisitions récentes de la physiologie et de l'anatomie. La nature même

de notre sujet nous imposait de ne donner à cette étude qu'une faible étendue. .

La deuxième partie, de beaucoup plus importante, est consacrée à l'étude de *l'aménorrhée primitive*. »

Dans le *chapitre I* de cette deuxième partie nous montrons la série d'intermédiaires qui relie la menstruation parfaite, typique, à l'aménorrhée complète.

Les chapitres suivants sont consacrés à l'étude anatomo-pathologique, clinique et sémiologique de l'aménorrhée primitive; enfin nous avons traité avec quelque développement la question de thérapeutique où on ne lira pas sans intérêt les résultats obtenus par la méthode encore toute à l'étude de la *greffe ovarique*. A défaut de portée pratique nous pensons que ces faits présentent cependant un intérêt considérable au point de vue biologique.

En somme, nous nous sommes attaché à présenter sous forme de monographie une question qui jusqu'ici ne paraît avoir fait l'objet d'aucune étude d'ensemble un peu complète.

Nous y avons joint deux observations *personnelles*, d'aménorrhée primitive l'une avec *conception*, l'autre avec *autopsie*.

On trouvera à la fin de ce travail un index bibliographique des travaux consultés ; nous n'avons mis en renvoi, au bas des pages, que les indications données par d'autres auteurs et dont nous n'avons pu contrôler l'exactitude.

PREMIÈRE PARTIE

LA MENSTRUATION NORMALE

On donne le nom de *menstruation*, à un ensemble de phénomènes périodiques et temporaires dont le plus apparent est un écoulement sanguin à travers les voies génitales. La menstruation n'existe à l'état de développement parfait que chez la femme ; chez les animaux, on ne rencontre de phénomènes analogues qu'à l'époque du rut.

On conçoit aisément que ce phénomène ait attiré dès la plus haute antiquité l'attention des observateurs qui tous se sont attachés à en fournir l'explication, donnant libre cours à leur imagination. Il faut arriver jusqu'à la période moderne pour trouver une explication de ces faits reposant sur une base vraiment rationnelle. On admet généralement que c'est à GENDRIN (1839) et NÉGRIER (d'ANGERS) (1840) que l'on doit la découverte des rapports qui existent entre l'ovulation et la menstruation ; en réalité cette découverte est consignée expressément dans un travail de beaucoup antérieur à ceux-ci, c'est la thèse inaugurale de THEMME

soutenue à l'Université de Leyde et intitulée : *De mensibus ex materia, quadam peculiari ovarii secreta oriundis*. Cette thèse a été signalée par le D^r CHÉREAU dans la *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n^o du 11 Juin 1875. On y trouve une étude fort intéressante de l'ovaire au moment des époques menstruelles basée sur des observations très bien faites.

Postérieurement aux travaux de GENDRIN et NÉGRIER, il paraît une série de mémoires confirmant et complétant ces travaux, mémoires parmi lesquels il faut citer ceux de POUCHET, RACIBORSKI, et les expérimentations de BISCHOFF sur des chiennes, des lapines, des truies, etc. démontrant la réalité de l'ovulation spontanée et réduisant à néant la vieille théorie de l'ovulation conséquence de l'excitation vénérienne.

Tous ces auteurs se sont, en somme, attachés à démontrer : 1^o la réalité de l'ovulation spontanée, 2^o les rapports étroits de la menstruation et de l'ovulation.

Les recherches ultérieures ont confirmé la réalité de ces faits, mais ont démontré aussi que si la menstruation et l'ovulation sont étroitement associées, elles ne le sont pourtant pas d'une façon indissoluble et qu'il n'est pas rare d'observer : 1^o des cas d'ovulation sans menstruation, 2^o des cas de menstruation sans ovulation. Cependant ainsi que CLAUDE BERNARD l'a fait remarquer, ces faits négatifs ne détruisent pas les résultats positifs antérieurement acquis, ils appellent simplement une interprétation plus compréhensive.

La théorie admise jusqu'en ces dernières années était en résumé la suivante : périodiquement un fol-

lieule de Graaf grossit et fait saillie à la surface de l'ovaire, il en résulte une excitation des filets nerveux centripètes qui est réfléchi par la moelle ou les centres sympathiques et les filets centrifuges, vers la muqueuse et les plexus vasculaires tubo-utérins, d'où congestion active de ces différentes parties, hyperhémie de la muqueuse allant jusqu'à l'hémorrhagie:

Les progrès de la physiologie ont montré que cette manière d'envisager les faits était trop simpliste, et que ce n'est pas seulement au niveau de l'appareil génital, mais bien *dans l'organisme entier* que l'on observe des modifications pendant la menstruation. C'est surtout sous l'influence des travaux de BROWN-SÉQUARD que se sont développées ces recherches nouvelles qui aboutissent en définitive à la théorie de la *sécrétion interne de l'ovaire*.

Nous allons exposer brièvement les résultats de ces recherches. L'attention fut, dès l'abord, attirée sur la physiologie de l'appareil génital femelle par le développement de la chirurgie de cet appareil. Avec les perfectionnements de la technique, les succès opératoires immédiats deviennent de plus en plus communs, on ne compte plus le nombre des castrations totales pratiquées pour des affections annexielles. Mais bientôt, de tous côtés, sont signalés des résultats éloignés, plus ou moins fâcheux. Voici ce que dit à ce sujet GRAMMATICATI dans un travail publié en 1891 : « Les femmes castrées présentent deux ordres de phénomènes morbides, les uns précoces

périodiques qui ne sont autres que les *molimina menstrualia* accompagnés d'accidents nerveux plus ou moins intenses; les autres ressemblent de tous points aux phénomènes de la ménopause et sont en effet les résultats d'une modification profonde de la nutrition, telle qu'elle se produit dans la vieillesse: troubles vaso-moteurs, obésité par défaut d'oxydation; pas plus que dans l'âge avancé, cette obésité n'est un signe de santé florissante, ainsi que l'on a eu tendance à le dire.

« Chez les femmes qui ont subi l'hystérectomie totale, les accidents périodiques se montrent avec une intensité encore plus grande, surtout chez les femmes jeunes; en revanche, on n'observe qu'exceptionnellement les troubles de la nutrition générale qui caractérisent l'état des castrées. Cette différence s'explique si l'on songe qu'après l'hystérectomie les ovaires continuent à fonctionner et que l'on y trouve des vésicules de Graaf en voie d'évolution, jusqu'à la déhiscence, des années après la mutilation de l'appareil génital. Si l'opinion courante est que les suites de la castration sont plus pénibles que celles de l'hystérectomie, cela n'est vrai que parce que cette dernière opération s'applique dans la majorité des cas à des femmes proches de la ménopause. Chez les jeunes, les accidents semblables à la dysménorrhée grave font rarement défaut, ils durent des années, aussi est-ce une raison pour enlever les ovaires quand on est obligé d'enlever l'utérus chez une femme éloignée de la ménopause. »

Ainsi cet auteur signale ; 1° les modifications de la nutrition chez les femmes castrées ; 2° les troubles résultant de l'ablation des ovaires avec ou sans conservation de l'utérus, troubles en tout semblables à ceux de la ménopause ; 3° les troubles résultant de la conservation des ovaires avec ablation de l'utérus, consistant en molimens menstruels pénibles.

Depuis lors, d'innombrables travaux ont paru sur cette question, dont nous ne pouvons songer à donner même une simple énumération. Ce qui nous intéresse davantage, c'est l'étude expérimentale et pathogénique de ces faits. CURATULO et TARULLI, dans une note préliminaire parue en 1895, donnent les premiers résultats de leurs expériences sur des *chiennes* et des *lapines* castrées, **ils observent après l'ablation des ovaires une diminution constante et durable dans l'excrétion des phosphates urinaires.** Cette constatation était fort intéressante, non seulement parce qu'elle établissait d'une façon indiscutable l'influence des ovaires sur la nutrition générale, mais aussi parce qu'elle permettait de comprendre l'action heureuse de la castration dans *l'ostéomalacie*.

En 1896, paraît *in extenso* le travail de CURATULO et TARULLI intitulé : « *sulla secrezione interna del ovaie.* » Ils confirment le résultat publié dans leur première note ; voici leurs conclusions :

« 1° L'ablation des ovaires détermine une notable modification dans le métabolisme organique.

2° La courbe des *phosphates* éliminés par l'urine

diminue considérablement après la castration. Un tel abaissement n'est pas dû à l'alimentation puisque le régime est le même, avant et après l'opération, ni à la diminution du pouvoir absorbant de la muqueuse intestinale puisque l'état du tube digestif reste excellent après l'opération, ainsi que le prouvent le poids de l'animal et l'analyse des fèces.

3° La courbe de *l'azote* éliminée depuis l'ovario-tomie, recherchée par la méthode de Kjeldahl ou celle d'Yvon présente de légères oscillations sans tendre avec persistance vers un abaissement ou une élévation durable.

4° A partir de la castration *l'acide carbonique* éliminé par la respiration et *l'oxygène* absorbé *diminuent notablement* jusqu'à une certaine limite puis *restent stationnaires*.

5° Chez les animaux castrés *le poids augmente* graduellement sans atteindre de fortes proportions, pendant les 5 ou 6 mois que durent les expérimentations.

6° Chez la *chienne castrée* chez laquelle on observe une si notable diminution des phosphates, *en injectant sous la peau du suc ovarique, la quantité des phosphates éliminés tend à augmenter* et à devenir encore supérieure à ce qu'elle était avant la castration. *La dose de phosphates éliminés croît avec la quantité injectée* mais l'augmentation n'est pas proportionnelle à la quantité de phosphates contenus dans l'injection.

7° L'ablation de l'utérus avec les ovaires ne semble

entraîner aucune autre modification que celle obtenue par l'ablation des seuls ovaires.

Les auteurs terminent en disant : « L'ovaire, comme les autres glandes de l'organisme, suivant la doctrine de BROWN-SÉQUARD possède une sécrétion interne. Il envoie continuellement dans le sang un produit de composition chimique tout à fait ignorée et qui possède pour caractère essentiel de favoriser l'oxydation des substances organiques phosphorées, des hydrates de carbone et des graisses. Lorsque la fonction manque, soit après l'ablation des ovaires, soit après la ménopause ou avant la puberté, il y a rétention plus grande du phosphore organique, d'où une plus grande accumulation de sels calcaires dans les tissus du squelette, d'où également l'engraissement bien connu qui suit la ménopause. »

Ce travail semble donc démontrer péremptoirement l'existence d'une *sécrétion interne de l'ovaire* mais, malgré cela, il ne faudrait pas en conclure que les modifications qui se produisent dans l'ovaire ne peuvent avoir aucune influence à distance autrement que par l'élaboration sécrétoire, à l'exclusion de toute action réflexe. Les expériences de STRASSMANN montrent, en effet, qu'il y a lieu de conserver les notions anciennes relatives à ce mode d'action des ovaires. STRASSMANN, sans séparer les ovaires de leurs connexions vasculaires, les amène sous la peau de la paroi abdominale en les faisant passer par un orifice creusé en un point de cette paroi. (L'expérience est faite chez la chienne.) On laisse les lésions se cicatri-

ser, puis on injecte dans l'ovaire situé sous la peau une solution saline; peu après, on voit apparaître des phénomènes de rut : turgescence des organes génitaux, vive excitation, écoulement sanguin par la vulve. La rapidité avec laquelle se produisent ces modifications paraît exclure l'intervention d'une sécrétion interne préalable dans leur production.

La notion primordiale qui se dégage des travaux ci-dessus exposés est en somme la suivante : *l'action de l'ovaire n'est pas limitée à l'appareil génital mais se fait sentir sur l'organisme entier*; dès lors la menstruation ne peut plus être envisagée comme un phénomène purement local; elle doit, au contraire, s'accompagner de profondes modifications générales. Ce fait que l'étude clinique des phénomènes menstruels pouvait faire supposer, nous est confirmé par les recherches de SILVA, de KELLER, de VEREECKE, de SEAMENI, de POGGI, etc., sur la physiologie de la menstruation.

SILVA constate pendant les règles :

- 1^o *Une diminution de l'alcalinité du sang;*
- 2^o *Une diminution de l'excitabilité des appareils circulatoire et respiratoire pendant cette période.*

KELLER dans un important travail nous montre que *la menstruation n'est que le symptôme d'un mouvement périodique* qui parcourt la vie de la femme et *intéresse toutes ses fonctions*. L'examen de la nutrition le prouve, notamment en ce qui concerne les matériaux azotés. C'est à peu près au milieu de deux époques menstruelles que les produits de la désassi-

milation des matériaux azotés (l'azote total, l'urée, les matières extractives azotées, l'acide urique, atteignent leur minimum. Ils prennent ensuite une marche ascendante jusqu'au moment de la menstruation qui marque le commencement du mouvement de descente. Il figure sensiblement une *onde* dont le plan inférieur coïncide avec l'intervalle de deux époques et dont le point culminant est atteint au moment précis où la menstruation va s'établir. La menstruation établie indique déjà le commencement du mouvement descendant. Ces recherches de KELLER confirment celles obtenues antérieurement par GOODMANN, JACOBI, STEPHENSON, VON OTT, RABUTEAU, HEGAR, REINL et SCHRADER.

La réalité de cette *onde* cataméniale de la nutrition générale est encore confirmée par VEREECKE, mais cet auteur cherche à établir qu'elle est sous la dépendance directe de l'hémorrhagie menstruelle à laquelle elle est proportionnelle. Son étude porte sur la femme et les animaux. Relativement à la femme, voici ses conclusions : « Ce qui caractérise la menstruation étudiée sous le rapport des modifications des échanges organiques chez la femme c'est un *balance-ment périodique de la désassimilation*.

Alternativement les combustions organiques sont accélérées et ralenties. Toutefois ce mouvement n'est pas simple : *le ralentissement des échanges est interrompu par l'onde cataméniale*.

L'onde cataméniale est une fluctuation qui vient

interrompre momentanément le ralentissement de la désassimilation aux époques menstruelles. »

SFAMENI étudie l'influence de la menstruation sur l'hémoglobine et les éléments figurés du sang, mais ses résultats sont en désaccord avec les résultats obtenus par POGGI du moins en ce qui concerne les variations du taux de l'hémoglobine.

SFAMENI dit que la *quantité d'hémoglobine* contenue dans le sang se trouve constamment *diminuée* pendant la période menstruelle et que le degré de cette diminution est en rapport direct avec la *quantité de sang perdue* pendant la menstruation. Les globules rouges diminuent pendant la période menstruelle, ils varient comme la valeur globulaire; les globules blancs suivent une *marche absolument inverse*; puis une fois la période menstruelle passée, les choses reviennent à l'état primitif.

Pour POGGI au contraire la *valeur globulaire commence à baisser à l'approche du premier jour de la menstruation* et précisément dans la période prodromique où existent les troubles de l'état général. L'hémoglobine reprendrait son taux normal dès que les règles apparaissent. POGGI considère comme exceptionnels les cas où le maximum d'abaissement coïncide avec l'hémorragie, mais il affirme catégoriquement qu'il n'y a aucun rapport entre la *quantité de sang perdu* et l'abaissement du *taux de l'hémoglobine*.

Malgré les divergences qui existent entre les auteurs que nous venons de citer, on peut dire cependant que tous aboutissent à démontrer que la mens-

truation s'accompagne constamment de modifications profondes de l'organisme entier :

La température, le pouls, la pression artérielle, la chaleur rayonnée, la force musculaire, la capacité pulmonaire, la durée de réaction du réflexe rotulien, la composition chimique du sang, l'excrétion urinaire, tout cela, pour ne parler que de ce qui a été étudié avec précision, est soumis à des variations constantes et périodiques parallèlement à la période menstruelle.

Pour expliquer d'aussi profondes modifications, l'hypothèse la plus satisfaisante, étant donnée l'orientation des idées actuelles, est, sans contredit, celle d'une *sécrétion interne* élaborée par l'ovaire. Mais il ne suffit pas d'émettre une hypothèse, il faut encore l'étayer sur des faits d'observation ou d'expérimentation ; les faits de cet ordre ne manquent pas dans la question qui nous occupe. Les expériences de CURATULO et TARULLI sont déjà très démonstratives à cet égard notamment la partie de ces expériences où ils ont vu le taux des phosphates urinaires reprendre son chiffre antérieur à la castration) par l'injection sous-cutanée d'extraits d'ovaires. C'est donc qu'il existe dans ces extraits un principe actif inconnu, un ferment capable de produire ces modifications organiques profondes. Un tel ferment a-t-il été isolé jusqu'ici, ou seulement sa présence mise en évidence ? Non, chez les animaux supérieurs, oui, chez les animaux inférieurs. R. DUBOIS a montré, en effet, que dans les œufs non fécondés d'*Echidnus Esculentus* il existe une substance à laquelle il donne le nom

d' « *ovulose* », substance non altérable par l'alcool, mais que la cuisson détruit et qui semble se comporter comme un ferment. Nous ajouterons en passant que Dubois a également mis en évidence une substance extraite des spermatozoïdes du même animal « *la spermase* » et montré que la *spermase* et l'*ovulose* réagissent l'une sur l'autre. Il ne nous paraît pas douteux que de telles substances n'existent dans l'ovaire des animaux supérieurs et ne soient un jour bien connues.

D'ailleurs l'anatomie et la physiologie de l'ovaire sont de jour en jour mieux connues. On sait que le follicule de Graaf après avoir élaboré l'ovule se transforme en *corps jaune*; or, c'est sur ce corps jaune connu depuis bien longtemps mais considéré longtemps aussi comme une simple cicatrice que se concentrent aujourd'hui les recherches. SOBotta ¹ en fait une étude approfondie et après lui REGAUD et POLICARD, LIMON ², mais le travail à la fois le plus important et le plus récent publié sur la question est celui de FRANKEL (3) dont une analyse complète a été donnée par R. LABUSQUIÈRE dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* de février 1904, p. 109-120; il résulte de ce mémoire que **le corps jaune peut et doit être considéré comme une glande à sécrétion interne qui préside à la menstruation et d'une façon plus géné-**

(1) Ueber die Bildung des corpus luteum bei maus. Archiv. für microsc. anat. t. 47, 1896. Cf. aussi Anat. Hefte, t. 8, 1897.

(2) Etude histologique et histogénique de la glande interne de l'ovaire Th. Nancy, 1901.

(3) Archiv. für gyn., 1904, t. 67, heft 2, p. 438.

rale à la nutrition de l'utérus, cette glande qui se détruit et se régénère constamment a pour fonction :
1° d'imprimer à l'utérus, périodiquement, une impulsion nutritive qui l'empêche de retourner à l'état infantile ou d'arriver prématurément à l'état sénile;
2° de préparer la muqueuse utérine à recevoir un œuf fécondé.

Mais si l'ovaire préside à la fonction menstruelle par l'intermédiaire des corps jaunes, il ne faut pas oublier que lui-même est sous la dépendance de la nutrition générale et voici un fait qui le démontre : si, comme l'a fait Foa on prend une lapine adulte castrée et si on lui greffe des ovaires de lapine très jeunes, ovaires que l'on peut qualifier d'infantiles, on voit ces ovaires greffés *prendre en quelques semaines un développement considérable qu'ils n'auraient acquis qu'au bout de plusieurs mois et devenir des ovaires adultes fonctionnant normalement, c'est donc que l'organisme adulte femelle, constitue (qu'on nous passe cette expression) un milieu de culture excellent pour l'ovaire.* La greffe des ovaires infantiles sur le mâle ne donne aucun résultat : bien plus, les greffes s'atrophient complètement et se transforment en tissu fibreux.

Il en est de l'ovaire comme des autres organes, dans la collectivité de l'organisme humain tous fonctionnent pour chacun, chacun fonctionne pour tous.

Nous concluons, en résumé, en disant : **La menstruation est la traduction sensible d'une onde périodique de la nutrition propre à l'organisme féminin**

pubère ; l'ovaire est l'intermédiaire constant, mais non indispensable entre cette onde périodique et l'hémorragie périodique. L'action de l'ovaire est le résultat d'une sécrétion interne qui se passe dans les corps jaunes, le rôle de cette sécrétion est de maintenir ou d'activer la nutrition de l'utérus.

Voyons maintenant quels sont les *caractères cliniques* de la menstruation régulière.

La *période menstruelle* s'étend de la puberté à la ménopause ; laissant volontairement de côté pour l'instant, dans le but d'y revenir plus loin et avec plus de développement, la question de l'âge auquel apparaît la 1^{re} menstruation, nous nous bornerons à dire que, en moyenne, la menstruation s'établit à 14 ans et cesse à 45 ans, durant au total 31 ans.

Toutefois la durée de cette période d'activité sexuelle est des plus variables et BRIERRE de BOISMONT a pu dresser un tableau de 178 femmes d'où résultait que la période menstruelle dure de 5 à 48 années. Ce chiffre de 5 années n'est pas encore le plus bas que l'on puisse rencontrer ; dans les dernières séances de la société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, M. A. SIREDEY a communiqué un certain nombre de cas de ménopause plus prématurée encore.

Les menstrues se reproduisent en moyenne tous les 28 jours et durent de 3 à 4 jours.

La quantité de sang rendue varie dans des proportions considérables ; il paraît impossible de fixer à l'heure actuelle une moyenne même approximative et ce sujet appelle de nouvelles recherches.

Outre l'écoulement sanguin dont on trouvera partout l'analyse chimique, il se produit au moment de la période menstruelle un certain nombre de phénomènes concomitants : Du côté des organes génitaux, *coloration violacée* de la vulve et du vagin, *température plus élevée, augmentation des sécrétions* devenant en même temps plus odorantes, *sensation de tension et de chaleur*, irradiant dans le *petit bassin, l'hypogastre, les lombes, le sacrum, les cuisses, prurit vulvaire, pollakiurie*. Les *seins se gonflent*, deviennent plus sensibles, sont le siège de picotements plus ou moins désagréables.

L'état général est modifié, l'appétit diminué, capricieux, il existe parfois un peu de *météorisme*, une *diarrhée* légère. Le *système nerveux est plus excitable* et on note fréquemment des *névralgies* de siège variable. La peau du visage subit des changements de coloration partiels et inégaux. La fatigue survient rapidement.

L'état mental, lui aussi, est plus ou moins modifié, le caractère devient plus impressionnable, plus sensible, plus irritable qu'à tout autre moment.

Lorsque l'écoulement sanguin par les voies génitales fait défaut, on dit qu'il y a *aménorrhée*, mais il est fréquent d'observer la persistance des phénomènes concomitants dont nous avons donné plus haut l'énumération et qui peuvent se présenter soit au complet, soit à l'état plus ou moins isolé ; c'est à ces phénomènes concomitants de la menstruation, variables comme localisation et intensité, mais conser-

vant le caractère périodique, que l'on donne le nom de « *molimen menstruel* ». Ce nom s'applique en outre aux hémorrhagies dites vicariantes ou supplémentaires qui semblent en effet remplacer le flux menstruel typique.

Nous verrons au cours de notre étude de l'aménorrhée primitive, l'importance que présentent ces « *molimens* ».

DEUXIÈME PARTIE

L'AMÉNORRHÉE PRIMITIVE

CHAPITRE I

Définition. — La Menstruation tardive. Ses caractères

L'*aménorrhée primitive*, avons-nous dit, est l'absence des règles chez la femme parvenue à l'âge habituel de la puberté.

L'étude de ce phénomène ne semble pas, d'après les recherches auxquelles nous nous sommes livrés, avoir été faite ailleurs que dans des articles assez courts de divers périodiques français et étrangers, ou en passant, dans le cours de mémoires sur l'aménorrhée en général.

La thèse de ROYER-COLLARD (*Essai sur l'Aménorrhée*) ne fait aucune mention de l'aménorrhée primitive.

Nous n'avons pu nous procurer la thèse de WEILL, « *l'Aménorrhée* », Strasbourg 1872, mais le titre

semble indiquer qu'il s'agit de l'aménorrhée en général.

La question est traitée, incidemment et d'ailleurs très brièvement, dans la thèse de PETIT *Conception au cours de l'Aménorrhée*, Paris 1883 à laquelle nous avons emprunté plusieurs observations.

La travail d'ensemble le plus important que nous ayons rencontré est celui de GILES (A.-E.) intitulé « *Primary amenorrhea* » paru dans le *Clinical Journal*, Londres 1901. Nous lui avons fait de nombreux emprunts.

On trouve dans les divers auteurs les synonymies suivantes : *aménorrhée constitutionnelle*, *aménorrhée permanente* : *emansio mensium* ; le terme d'**aménorrhée primitive** qui est le plus employé, nous a aussi paru le meilleur.

En se reportant à la définition donnée ci-dessus, on est immédiatement frappé du manque de précision contenue dans les termes : *âge habituel de la puberté*. Notre premier soin sera donc de déterminer cet *âge habituel*, mais avant d'aller plus loin, nous ferons remarquer qu'il existe des cas assez nombreux, dans lesquels le sang menstruel se forme, mais ne peut s'écouler au dehors par suite d'une atrésie d'un point quelconque du canal génital. A ces cas s'applique fort justement l'épithète de « **Cryptoménorrhée** ». Ils forment un groupe absolument distinct que nous laisserons entièrement de côté, sauf à y revenir à propos du diagnostic de l'aménorrhée primitive.

Causes de l'aménorrhée primitive.

On peut dire qu'il existe *deux variétés d'aménorrhée primitive*.

L'une symptomatique

1^o D'une affection générale ou locale altérant gravement la nutrition (tuberculose, syphilis, néphrite chronique, chlorose, diabète glycosurique, phosphatique ou azoturique).

2^o D'une malformation ou d'un arrêt de développement des organes génitaux plus ou moins considérable.

L'autre essentielle, dans laquelle on ne trouve ni du côté des organes génitaux, ni dans le reste de l'organisme une modification appréciable par nos moyens actuels d'investigation clinique.

Il va sans dire que chacune de ces variétés comporte un pronostic spécial qui fera l'objet d'un paragraphe ultérieur.

Quel est l'âge moyen de la puberté, ou mieux, de la première menstruation qui est, en somme, l'indice le plus sûr de maturité sexuelle? La statistique suivante de GILES va nous l'apprendre. *Sur 100 jeunes filles*,

88 sont réglées entre 12 et 17 ans, 5, 5 le sont avant 12 ans et constituent des cas de menstruation précoce. Le reste, 6, 5 pour cent le sont après 17 ans, de telle sorte que l'on peut dire, *après 17 ans, il y a menstruation tardive.*

Ces cas de menstruation tardive présentent-ils quelque particularité qui les distingue des autres ? nous pouvons répondre dès maintenant : oui, les cas de menstruation tardive présentent des caractères spéciaux, de moins lorsqu'on les envisage dans leur ensemble.

Le travail de GILES relate 52 cas de menstruation tardive d'où l'on peut tirer les déductions qui suivent :

1^o Caractères et rythme de la menstruation.

Déduction faite de 8 cas dans lesquels ce point n'a pas été noté et de 2, où elle a fait son apparition une fois seulement, il nous reste 42 cas. Dans 22, la menstruation était régulière ; dans 20, elle était irrégulière, parmi ces derniers cas, 4 fois la menstruation n'a duré que peu de temps.

2^o Quantité du flux menstruel.

Sur 49 cas, 24 fois cette quantité était très minime, 15 fois, elle était modérée, 5 fois abondante, 5 fois profuse. Sur ces 10 derniers (sujets ayant des règles

abondantes ou profuses), 7 étaient mariées et 6 ont eu des enfants.

3° Douleurs.

Sur 47 cas, 21 fois il n'y a eu aucune douleur.

11 fois il y a eu douleurs légères.

11 fois — — fortes.

4 fois — — violentes.

En résumé, on peut dire que la menstruation tardive est en général peu abondante, irrégulière, et plutôt douloureuse.

4° Etat des organes génitaux internes.

Sur les 52 malades ci-dessus, 38 seulement ont été examinées, 25 étaient ou avaient été enceintes, 7 n'avaient pas eu de grossesse, mais n'offraient aucun signe d'hypotrophie génitale, 16 présentaient un degré d'hypotrophie utérine variant depuis l'utérus de dimensions normales à orifice minuscule jusqu'à l'utérus le plus rudimentaire.

En somme, la menstruation tardive est loin d'être toujours liée à l'hypotrophie utérine et, dans quelques cas, il doit y avoir arrêt de développement des ovaires, ou ovulation tardive, imparfaite ou rare.

5^e Rapports de la menstruation tardive et de la grossesse

Sur les 38 malades dont les organes génitaux ont été examinés, 25 ont pu concevoir, fournissant un total de 122 grossesses, mais il est particulièrement intéressant de noter que *37 de ces grossesses se sont terminées par avortement*, soit dans la proportion considérable de *30 pour cent*.

7 malades sont restées stériles, soit 22 pour cent. En résumé, si la menstruation s'établit tard, c'est-à-dire après 17 ans ou plus, elle est généralement irrégulière, faible, douloureuse ; les organes génitaux internes sont plus souvent hypotrophiés que dans les cas où la menstruation survient en temps normal ; la fécondité de ces malades est moins grande que chez celles qui ont été réglées plus tôt, et les grossesses ont moins de chance d'aller à terme. Plus la menstruation est tardive, plus grandes sont les chances de stérilité.

On trouvera dans nos observations six cas intéressants que l'on peut rapporter soit à la menstruation tardive, soit à la ménopause prématurée. L'obs. 67 relate le cas d'une jeune fille de 20 ans qui a été réglée *un seul jour* à 19 ans. La malade de l'obs. 69 à 24 ans n'a encore été réglée *qu'une fois* ; celle de l'observation 70 *une fois ou deux* ; elle a 28 ans et *a eu un enfant*. Celle de l'obs. 71 à 35 ans se rappelait avoir perdu quelques gouttes de sang à 17 ans, depuis plus

rien. Nous reviendrons à propos du traitement sur ces différents cas qui forment une transition intéressante entre la menstruation tardive et l'aménorrhée primitive.

Notons en passant que la malade de l'obs. 70 eût pu être classée comme atteinte de ménopause anticipée, l'apparition de la grossesse montre que cette manière de voir eût été erronée.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

Dans tout examen clinique, l'interrogatoire du malade doit occuper une place importante ; cela reste vrai pour les malades n'ayant jamais été réglées, chez lesquelles il est intéressant de scruter les antécédents héréditaires et personnels.

Antécédents héréditaires

En ce qui concerne les *antécédents héréditaires*, on rencontre chez les *ascendants directs*, la *tuberculose*. Cela n'est point pour nous étonner ; on connaît l'action qu'exercent les produits tuberculeux des parents sur leurs descendants, l'*hérédité hétéromorphe* qui produit dans certains cas le rétrécissement mitral, par exemple, se traduit dans d'autres cas par l'*hypoplasie* des organes génitaux, d'où aménorrhée.

Nous n'avons pas rencontré l'aménorrhée primitive chez les ascendants directs de nos malades, mais nous l'avons trouvée quelquefois chez les *collatéraux* ; de toutes nos observations, la plus curieuse à cet égard est la 61^e qui nous offre en quelque sorte une aménor-

rhée primitive familiale, une sorte de « *stérilité héréditaire* » si l'on peut ainsi dire. Les trois malades qui font l'objet de l'observation sont trois sœurs atteintes de la même malformation, *une absence complète d'utérus*; or elles ont une *tante qui n'a jamais été réglée* et trois grand'tantes mariées qui sont restées *stériles*.

Dans l'obs. 6, nous voyons qu'une sœur de 22 ans a des *seins peu développés* et des *règles pénibles*; il y a dans cette famille la mère et un frère morts de tuberculose.

Dans l'obs. 11, la mère est *régulée très tard*, à 19 ans; elle n'a eu *qu'une seule grossesse* et les *règles sont douloureuses*; il est résulté de ces troubles accentués que la mère ne s'est pas inquiétée ni même étonné de ne pas voir apparaître les règles de sa fille et qu'elle l'a mariée sans la faire examiner, malgré cette anomalie résultant là d'une absence de vagin et d'utérus.

Dans l'obs. 13, une cousine *n'a jamais été réglée*, mais a eu néanmoins plusieurs enfants.

Dans l'obs. 38, deux sœurs de 15 et 13 ans, ne sont pas encore réglées; le père est mort tuberculeux.

En résumé, on trouve fréquemment dans les antécédents héréditaires *la tuberculose chez les parents* et des *troubles plus ou moins marqués des fonctions génitales chez les collatéraux* ou même chez la mère.

Antécédents personnels

Pour les *antécédents personnels*, nous n'avons pas

grand'chose à noter au point de vue de l'action possible des maladies de l'enfance, nous relevons bien la coqueluche, la rougeole, la scarlatine, dans quelques observations, mais ce sont là des affections trop banales pour y attacher la moindre importance. Il est un point qu'il serait intéressant de rechercher avec soin et que nous n'avons trouvé mentionné qu'une fois : c'est l'influence de la *naissance avant terme*. La malade de Bossi (Obs. 5) qui avait deux ovaires ectopiques avec *vagin absent* et *utérus infantile* était née prématurément à huit mois.

Puberté. Molimens menstruels

En revanche, on doit porter son attention avec soin sur les phénomènes qui ont pu se produire à l'âge habituel de la puberté, treize ans en moyenne. Il faut s'enquérir non seulement des modifications du corps à partir de ce moment, mais encore des sensations éprouvées et de leur caractère périodique ou non. Rien n'est plus fréquent que l'existence de *molimens menstruels* dans l'aménorrhée primitive et c'est ici le moment de dire en quoi ils consistent.

Ce n'est que bien exceptionnellement que l'on aura à constater des *hémorrhagies vicariantes*, bien que nous ayons rencontré des cas d'*hématémèses*, d'*entérorrhagie*, d'*urétrorrhagie* ; presque toujours on se trouvera en présence de symptômes subjectifs consistant en douleurs d'intensité variable depuis la simple sensation de pesanteur jusqu'aux douleurs les plus vives obligeant les malades à garder le lit et

troublant leur sommeil ; ces douleurs siègent le plus souvent dans le petit bassin, les lombes, les fosses iliaques, elles irradiant vers le sacrum, le coccyx, le périnée, les organes génitaux externes, les cuisses et les membres inférieurs. Coexistant avec elles, ou indépendamment d'elles, on observe des crises de céphalalgie ou de gastralgie, enfin des troubles nerveux quelquefois graves, d'aspect hystériforme, avec accès convulsifs. Le caractère commun de tous ces phénomènes est leur *périodicité* ; ils se reproduisent avec une régularité qui fait le désespoir des malades tous les 28 jours environ et durent de 4 à 6 jours, exactement en somme, comme les règles ordinaires.

L'intensité de ces molimens peut être assez grande pour que les malades demandent instamment une opération. Il y a là une indication thérapeutique sur laquelle nous aurons à revenir.

Habitus extérieur

Rien n'est variable comme l'aspect extérieur des malades ; la lecture des observations est frappante à cet égard et *on est étonné du nombre de cas dans lesquels des femmes ou des jeunes filles d'apparence superbe, avaient des organes génitaux internes absolument rudimentaires*. Inversement, dans certains cas d'aménorrhée primitive avec conception, l'aspect du corps était plutôt chétif et presque infantile. Tout ce que l'on peut dire à cet égard c'est que d'une façon générale *le développement de l'habitus, extérieur féminin, coïncide avec un fonctionnement régulier des*

glandes génitales mais est compatible avec toutes les malformations utérines et vaginales possibles. Un détail peut être cependant relevé : dans la plupart des cas d'aménorrhée primitive avec malformations génitales graves les seins étaient d'un développement toujours au-dessous de la normale, souvent très faible, quelquefois nul. Il en est à peu près de même du système pileux pubien et axillaire.

Etat général.

L'état général de toutes nos malades en dehors des molimens était plutôt bon, même quand le développement physique laissait à désirer. Les différents appareils et organes autres que l'appareil génital semblent toujours fonctionner d'une façon satisfaisante.

Au point de vue du développement du corps et de l'état général, l'observation 73 est intéressante. Il est admis par les classiques que la castration chez la femme, avant la puberté, produit un arrêt de développement du corps qui reste grêle et garde le type infantile. On cite toujours l'exemple des *hedjeras*, castrats femelles de l'Inde qui offrent toutes cet état d'hypotrophie générale du corps. La malade de l'obs. 73, au contraire, a été castrée de bonne heure et malgré cela est devenue un superbe type de femme ; ce cas confirme ce que nous avons fait ressortir dans notre étude de la menstruation, à savoir *l'influence prépondérante de la nutrition générale sur la fonction génitale qui lui est subordonnée.*

Coït et sens génésique.

L'état du sens génésique n'est pas toujours noté. Le coït était normal dans 3 cas, dont un suivi de grossesse, indifférent dans un cas, douloureux dans deux cas, impossible par excès des douleurs provoquées dans un cas où le vagin n'existait pas; dans un de ces cas, bien que le coït fût très douloureux, les désirs vénériens étaient très marqués. Nous avons deux autres observations où ils sont notés comme très vifs; dans l'une, il y a eu grossesse; dans l'autre il y avait deux ovaires normaux, mais l'utérus et le vagin étaient rudimentaires.

CHAPITRE III

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Après ce que nous avons dit de la valeur exacte du mot *aménorrhée primitive*, il est aisé de prévoir combien doivent être variées les lésions des organes génitaux rencontrées soit à l'autopsie, soit au cours des interventions chirurgicales. *Menstruation et ovulation* sont deux termes ordinairement associés, mais non forcément; il en est de même des termes *ovulation et conception*. Ainsi pourrions-nous avoir parmi les cas d'aménorrhée primitive de nombreux cas où l'ovulation s'effectue dans des conditions tout à fait normales, où la fécondation est possible, d'autres où l'ovulation se fait, mais où divers obstacles s'opposent à la fécondation de l'ovule, d'autres enfin où l'ovulation fait absolument défaut.

Dans l'étude qui suit, nous examinerons méthodiquement les lésions que peuvent présenter les organes génitaux, en allant de l'extérieur vers l'intérieur, de la vulve à l'ovaire. Nous consacrerons un paragraphe à l'étude des malformations qui peuvent s'associer à celle des organes génitaux.

a) Organes génitaux externes.

On les trouve le plus souvent absolument normaux; dans quelques cas, on a signalé le peu de développement du pénil qui est alors plus ou moins glabre, du clitoris, la diminution de la doublure graisseuse des grandes lèvres, la béance de la vulve.

L'aspect de l'hymen est normal quand il existe.

b) Organes génitaux internes

Le *vagin* offre des malformations souvent très importantes, il peut manquer absolument et alors la vulve est absolument fermée par une membrane tendue transversalement et peu ou point dépressible; entre ce vagin absent et le vagin normal on trouve tous les intermédiaires; ce qui se rencontre le plus souvent c'est le vagin en cul-de-sac de profondeur variable. Dans un cas, le vagin n'existait que dans sa partie juxtacervicale; absent dans toute sa partie inférieure il formait, en haut, une cavité close qui avait été peu à peu distendue, non pas par les règles inexistantes, mais par les sécrétions accumulées de la paroi. *L'absence du vagin n'implique nullement celle de l'utérus, bien qu'elle lui soit fréquemment associée.*

Plus encore que le vagin, *l'utérus* est le siège d'anomalies variées et importantes sur lesquelles il convient d'insister. Son développement peut être arrêté à des stades fort différents et là encore nous

trouvons tous les intermédiaires possibles entre l'utérus normal ou sub-normal et l'absence complète d'utérus. Nous pouvons dire tout de suite que *cette absence totale d'utérus est extrêmement rare* si même elle existe, puisque souvent, pour ne pas dire toujours, on trouve à la place que devrait occuper l'organe quelques tractus de fibres musculaires disposées en une lamelle quadrilatère très mince qui représente l'organe réduit à sa plus simple expression. Tel est l'état le plus rudimentaire.

A un degré moins accentué, l'organe est représenté par une petite masse *pleine*, un petit noyau musculaire gros comme un pois ou un haricot; plus souvent encore on voit le corps utérin faire défaut, mais il existe une ou deux cornes utérines rudimentaires toujours pleines, d'où partent des trompes plus ou moins normales. Dans d'autres cas, l'utérus n'est représenté que par son col qui peut avoir un aspect presque normal, alors que le reste de l'organe est absent. Mais si on mesure à l'hystéromètre la profondeur du canal cervical, on est arrêté après un trajet de quelques millimètres.

Au-dessus du noyau fibreux utérin nous trouvons *l'utérus rudimentaire* pourvu cette fois d'une cavité; cet utérus minuscule offre un col dont la saillie vaginale n'excède pas celle d'un pois, mais dont l'orifice est assez distinct, la cavité mesure de un centimètre et demi à deux centimètres. *Cet utérus est comme le précédent fréquemment bicorne*, et quand il l'est, une de ses moitiés est parfois plus développée que l'autre.

L'utérus infantile constitue un arrêt de développement bien moins avancé ; quelquefois bicorne, lui aussi, il est le plus souvent d'aspect extérieur tout à fait normal.

Ce qui le caractérise, c'est la prédominance du col sur le corps, la minceur de ses parois, l'aspect aplati du corps résultant du peu de développement des fibres musculaires. Il va sans dire que la cavité utérine existe, mais que ses dimensions sont des plus minimales.

Enfin, l'arrêt de développement peut ne se produire qu'à la phase ultime de ce développement, au moment où l'utérus perd ses caractères d'utérus infantile pour devenir l'utérus virgineus. On a alors sous les yeux ce que PUECH (de Nîmes) a appelé *l'utérus pubescent*, nom fort bien choisi, car il représente immédiatement à l'esprit le stade auquel s'est fixé l'utérus en cours de développement. Pendant cette période de transition entre l'utérus infantile et l'utérus virgineus, on voit le corps utérin se développer de plus en plus ; sa longueur devient égale à celle du col et l'accroissement de ses fibres musculaires transforme ce corps primitivement aplati en un corps à surfaces convexes, de forme conoïde ; en même temps, sa paroi augmente d'épaisseur et la cavité utérine s'allonge.

Voici d'après PUECH quelques mensurations prises sur trois de ces utérus : la longueur variait de 43 à 49 millimètres ; le diamètre transverse maximum était de 28 à 34 millimètres ; le diamètre antéro-postérieur allait de 16 à 20 millimètres. Si l'on compare ces

dimensions à celles des utérus de jeunes filles vierges et bien réglées, voici le résultat que l'on obtient les dimensions sont données en millimètres).

Auteurs :	HUSCHKE	P. DUBOIS	RICHEL	ARAN	SAPPEY	PUECH.
Long. moy. :	67	67	63	70	60	46
Larg. moy. :	40	47	45	44	38	30

On n'a pas de données précises sur le poids de ces utérus, PUECH n'en a pesé qu'un qui, sans ses annexes, pesait 27 grs. soit 15 grs. de moins que le poids donné par SAPPEY. En somme, *l'utérus pubescent est un type qui est normal chez la jeune fille au moment où commencent les règles, mais ce type dans l'état physiologique est transitoire* ; PUECH évalue cette durée physiologique à deux ans environ. C'est ici évidemment que commence à se manifester *l'action trophique de la sécrétion interne du corps jaune*, à chaque menstruation nouvelle, l'utérus se développe et peu à peu il arrive au type définitif qu'il gardera jusqu'au moment des premiers rapprochements sexuels où son volume augmente légèrement, sans doute par suite du fonctionnement plus actif des corps jaunes, qui résulte des excitations vénériennes.

Cet aspect de l'utérus a d'ailleurs attiré depuis longtemps l'attention des anatomistes et voici ce qu'écrit PORTAL sur ce sujet : « Dans plusieurs femmes qui ont été mal réglées ou point du tout, la matrice a été trouvée extraordinairement petite, c'est ce dont je me suis convaincu par l'ouverture du corps de deux

(1) Portal. *Cours d'anatomie médicale* 1804, t. v. p. 537,

femmes mortes l'une vers l'âge de 20 ans et l'autre vers celui de 30. La première avait été à peine réglée et très irrégulièrement, et la seconde ne l'avait point été du tout ; dans l'une et dans l'autre, les parties extérieures de la génération n'avaient pas acquis leur développement et ne s'étaient même pas couvertes de poils quoiqu'elles fussent d'ailleurs grasses. »

ROKITANSKY (1) parle d'une petitesse régulière de l'utérus, consécutive à un arrêt de croissance. *L'utérus, surtout le col, dit-il, est petit ainsi que la portion vaginale. Le tissu utérin est épais, résistant et exsangue ; la muqueuse est lisse et délicate, les follicules et les plis sont peu développés ainsi que les autres parties.*

KIWISCH (2) signale des cas dans lesquels la forme sans être précisément fœtale, se rapproche du type normal et dans lesquels l'utérus est plus petit par rapport aux autres organes et surtout par rapport à l'âge de la femme. Dans ces cas, la portion vaginale est peu développée et ne forme au fond du vagin qu'une saillie insignifiante comparable à une verrue.

En somme, l'*utérus pubescent* est caractérisé par la conformation régulière de son corps qui ressemble sous ce rapport à un utérus virgineux normal, mais s'en distingue par ses faibles dimensions. La portion vaginale du col peut offrir une extrême petitesse et se présenter comme une saillie du volume d'un

(1) Rokitansky *Handbuch der spez pathol anat*, t. 2 P. 525.

(2) Kiwisch: *Klin. vortrage*. t. I, p. 104.

pois par exemple, où comme un petit cône. L'orifice en est généralement petit.

Nous avons insisté à dessein sur ce vice de conformation parce que c'est l'un des plus importants à connaître au point de vue du pronostic de l'aménorrhée primitive.

Dans l'immense majorité des cas dont nous avons dépouillé l'observation *les ovaires et les trompes étaient normaux*. Alors même que l'utérus manque, il est de règle de trouver les trompes partant en général du point que devrait normalement occuper l'utérus, quelquefois leur cavité est oblitérée, elles sont transformées en cordons pleins mais, le plus souvent, leur lumière reste perméable. Quant aux ovaires, ils paraissent rarement altérés; à la vérité, nous n'avons que bien peu d'observations où l'examen histologique en ait été fait deux fois seulement), dans ces deux cas la structure de ces organes était tout à fait normale et l'ovulation se faisait d'une façon absolument régulière. Dans les autres observations, l'ovaire est jugé normal uniquement d'après l'aspect extérieur et le processus de l'ovulation apprécié par la présence de cicatrices à la surface de la glande; pratiquement, on peut dire que cette preuve de fonctionnement peut être regardée comme suffisante.

Les dimensions de ces ovaires sont assez variables; du reste, la plupart du temps, les mensurations ne sont pas données et les auteurs se servent simple-

ment des épithètes de normaux, bien développés volumineux, petits, infantiles.

Ils occupent dans la majorité des cas leur emplacement normal. Plus rarement ils sont ectopiques. On les a alors rencontrés prolabés dans le cul-de-sac de Douglas, insérés à la paroi abdominale antérieure, près de la ligne blanche, ou herniés dans le trajet inguinal.

L'absence complète des ovaires paraît être tout à fait exceptionnelle.

Chacune des malformations ci-dessus peut exister isolément : absence du vagin avec utérus et ovaires normaux ; absence d'utérus avec vagin normal ; ovaires normaux, avec utérus et vagin absent ; l'absence ou l'état infantile des ovaires entraîne au contraire, presque forcément, un état infantile ou rudimentaire de l'utérus, mais le vagin peut être normal.

Aux différentes malformations que nous venons de citer peuvent venir s'en ajouter d'autres ; celle que nous avons vu signaler avec la plus grande fréquence est la *dilatation de l'urètre* ; toujours elle coïncide avec un vagin rudimentaire ou nul. Au premier abord, on est tenté de croire qu'il ne s'agit pas là d'un vice de conformation congénital, mais acquis du fait des essais infructueux de coït normal. Les cas de coït urétral sont, en effet, bien connus et pas absolument rares, mais dans les cas qui nous occupent, il est important de remarquer : 1° que cette dilatation, tout en étant très marquée, n'admet par suite le passage d'un doigt, à condition encore

qu'il ne soit pas trop gros ; 2^o que ces urètres dilatés sont cependant tout à fait continents. Or, il est loin d'en être ainsi pour les urètres servant au coït, où l'incontinence est la règle. La malade de l'observation 22 est tout à fait curieuse à cet égard, elle est examinée par un premier medecin qui introduit le doigt dans l'urètre sans grandes difficultés, puis la fait examiner à son assistant, celui-ci avait les doigts très volumineux, et à la suite de son exploration, la malade eut de l'incontinence d'urine pendant quelque temps.

Par contre, la malade de l'observation 44 qui avouait se servir de son urètre pour le coït, avait une incontinence d'urine permanente. Il semble donc que l'on se trouve là en présence d'une malformation dont l'origine doit remonter aux premiers stades de la formation ; telle est l'opinion de SCHRODER qui admet que dans les anomalies de développement du vagin la partie de l'allantoïde destinée à devenir l'urètre reste anormalement large, c'est là, du reste, il faut le reconnaître, un commentaire et non une explication ; celle-ci est encore à trouver.

A titre d'anomalie rare, il y a lieu de signaler l'observation 54. Le vagin n'existait pas, non plus que l'anus, et le rectum venait s'ouvrir à la vulve dont le sphincter était suffisamment développé pour être continet. Ce rectum servait à la fois à la défécation et au coït. Il est piquant de remarquer que l'homme qui cohabitait avec cette femme depuis plusieurs années ne s'était jamais aperçu de ce vice de conformation.

En outre des vices de conformations des organes génitaux, on peut rencontrer des lésions morbides de ces organes. Nos observations signalent l'existence possible de *fibromes utérins*, de *tumeurs annexielles néoplasiques* ou *inflammatoires*, de *péritonite adhésive circonscrite*. Ces altérations des annexes sont exceptionnelles et ceci s'explique aisément, puisque dans beaucoup de cas, les ovaires et les trompes sont absolument abrités contre les invasions microbiennes venues de l'extérieur, par l'absence soit du vagin soit de l'utérus, ou par l'oblitération congénitale des trompes ; en revanche, elles ne sont point à l'abri des attaques de l'ennemi intérieur auquel la voie vasculaire reste toujours ouverte. Deux cas de tuberculose génitale en font foi.

Nous sommes à présent en mesure d'aborder avec fruit la question du diagnostic de l'aménorrhée primitive ; ce sera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Lorsqu'on se trouve en présence d'une malade qui se dit atteinte d'*aménorrhée primitive*, il faut se bien pénétrer de cette idée qu'il va être nécessaire de procéder à un examen aussi complet que possible, sous peine de tomber dans des erreurs aussi regrettables pour l'avenir des malades que fatales à la réputation du praticien. C'est que les problèmes soulevés par cette question ont une portée qui dépasse de beaucoup l'individu en cause. Quelle lourde responsabilité n'encourt pas le médecin qui autorise à la légère le mariage d'une jeune fille vouée à la stérilité et souvent à l'impuissance, de par le développement rudimentaire de ses organes génitaux ? Il y a là un écueil qu'un examen attentif permet de franchir sans encombre.

Dans la plupart des cas, voici comment les choses se présentent : *Une jeune fille est amenée par ses parents en consultation parce qu'elle a 18 ou 20 ans, qu'on songe à la marier et qu'elle n'est pas encore réglée.*

Dans un cas semblable, l'interrogatoire n'a pas une grande importance immédiate, mais il est intéressant par lui-même et on doit toujours le faire, non-seulement dans un but d'enquête scientifique, mais aussi pour donner à la jeune malade, toujours impressionnée par la perspective d'un examen médical, le temps de se remettre un peu de cette émotion.

Nous savons déjà que les points les plus intéressants de l'anamnèse sont relatifs : 1° aux *antécédents héréditaires* ; 2° à l'existence de *molimens menstruels*.

Pour les *antécédents héréditaires*, il ne faut pas se borner à rechercher l'état de santé du père et de la mère, et l'état de la menstruation chez celle-ci, mais il faut encore s'enquérir des troubles de la menstruation qui ont pu exister chez les tantes ou les cousines de la malade, notamment en ce qui concerne l'âge d'apparition des règles. Il se peut que l'on se trouve en présence d'une famille dans laquelle cette apparition est toujours tardive et l'on conçoit que cette notion prend une grande valeur pronostique. En même temps, on s'enquiert de la fécondité des ascendants et des collatéraux, notion qui a aussi son importance.

En outre, il ne faut jamais négliger de s'informer du pays d'origine et particulièrement de la *race ethnique* à laquelle appartiennent les malades ; c'est là un facteur de première importance pour fixer l'âge d'apparition habituelle de la menstruation, facteur qui prime de beaucoup les autres influences de latitude, de climat, de température. Nous avons vu précédem-

ment que pour la jeune fille européenne des latitudes moyennes (Londres ou Paris, on peut considérer la menstruation comme très tardive après 17 ans. (GILES, ENGELMANN.)

L'anamnèse porte ensuite sur l'existence des *molimens menstruels* ; il arrive souvent que les malades ou leur entourage attirent d'eux-mêmes l'attention du médecin sur ce point, c'est quand ces molimens prennent une intensité notable ; ils peuvent constituer alors de véritables complications. D'autres fois, au contraire, il faut les découvrir pour ainsi dire ; ce sont de simples pesanteurs lombaires ou pelviennes, une céphalalgie légère et fugace, de petites crises gastralgiques. Le point caractéristique à mettre en lumière est la périodicité des phénomènes précités ; à eux seuls ils permettent de conclure à l'existence infiniment probable de l'ovulation ; au contraire, leur absence laissera dans le doute à cet égard, car ils peuvent faire défaut dans une aménorrhée primitive curable.

L'interrogatoire ainsi conduit et terminé, il faut procéder à l'examen. Nous sommes convaincu que toutes les fois que cela sera possible, il sera préférable de faire cet examen en deux séances distinctes ; dans la première, on se contentera de l'examen somatique général et de l'examen des organes génitaux externes ; on remettra à une deuxième séance l'examen des organes génitaux internes. Nous nous empressons, du reste, de reconnaître que pratiquement une telle manière de procéder n'est pas toujours applicable. Quel est l'avantage de cette manière de

faire ? C'est d'abord d'habituer progressivement les malades à un examen pénible qui exige pour être bien fait, une passivité absolue, résultat d'un certain degré « d'entraînement ». C'est, en outre, la possibilité de prendre quelques précautions qui ont leur importance : évacuation la veille de l'intestin par une purgation, quelques heures avant l'examen par un lavement. En outre, on tâchera d'obtenir des parents de pratiquer l'examen *sous l'anesthésie générale*.

Si l'on peut pratiquer l'examen sous narcose, on aura le choix entre le *chlorure d'éthyle*, le *chloroforme*, l'*éther*.

Le *chlorure d'éthyle* a l'avantage d'être d'une innocuité parfaite, d'un maniement commode, de ne causer au malade que le minimum de sensations désagréables, tant au début de l'anesthésie qu'au réveil, l'un et l'autre très rapides. Il peut avoir un inconvénient, c'est la possibilité de n'avoir pas une résolution musculaire suffisante.

Le *chloroforme* nous paraît devoir être écarté en raison des risques qu'il fait courir aux malades pour un simple examen.

Reste l'*éther* qui serait l'agent de choix, sauf exception résultant de l'existence d'une affection des voies respiratoires chez la patiente.

En somme, nous accorderions la préférence au chlorure d'éthyle en nous réservant de continuer la narcose par l'éther dans le cas où la résolution musculaire serait insuffisante.

L'anesthésie sera pratiquée par un aide éclairé :

dans le cas où on voudrait la pratiquer seul, ce qui est possible mais imprudent, l'un des parents au moins devra être présent à l'examen sous peine de s'exposer à des accusations graves.

Il va sans dire que si la patiente doit être examinée sous narcose, il faudra lui prescrire de rester à jeun quatre heures au moins avant l'examen, après n'avoir absorbé que des aliments liquides.

Nous venons d'exposer ce que l'on peut faire dans les cas les plus favorables, mais nous l'avons dit, nous sommes les premiers à reconnaître que ces conditions optimales ne se réalisent que bien rarement.

Manière de procéder à l'examen.

1° Examen général du corps.

Il est indispensable de faire un examen *complet*, la malade étant *entièrement déshabillée* : cet examen complet peut du reste se faire d'une manière parcellaire, chaque région étant examinée successivement. Tous les appareils seront passés en revue l'un après l'autre, poumons, cœur, appareil digestif, système nerveux. On conçoit l'importance qu'il y a à dépister une tuberculose pulmonaire, un rétrécissement mitral, une hystérie commençante. On se fera remettre une certaine quantité d'urine, ou mieux on en fera faire l'analyse complète. En outre, il faudra noter en passant le développement du système pileux pubien et axillaire, le volume des seins, l'aspect plus ou moins féminin du bassin, ainsi que le développe-

ment général du corps, du tissu adipeux, du système musculaire, du squelette.

2^o Examen de l'appareil génital.

On commence par examiner la vulve ; pour cela, la malade doit être placée sur la table à examen dans l'attitude ordinaire, les jambes prenant point d'appui sur des étriers ou tout autre moyen de suspension. On note l'état des grandes et des petites lèvres et du clitoris, l'état de l'urètre, l'état de l'hymen. Il faut éviter de prendre pour un hymen imperforé une cloison vulvaire complète qui peut se rencontrer dans les cas d'absence totale du vagin ; l'épaisseur et la résistance de cette cloison permettront d'éviter l'erreur ; de plus, dans les cas où cette cloison existe, l'hymen existe aussi situé en avant d'elle et pouvant contribuer à former avec elle une cavité de petites dimensions. On s'assure en même temps de la possibilité de pratiquer le toucher vaginal et d'introduire des instruments explorateurs, ce qui est presque toujours possible sans léser l'orifice vulvaire.

Ce premier examen terminé, il faut avant toute autre manœuvre explorer manuellement l'appareil génital.

La patiente étant dans le relâchement musculaire le plus complet possible, la vessie et le rectum vidés, on procède au *toucher vaginal* bientôt combiné au *palper*. Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance et le nombre des renseignements fournis par ce mode

d'examen; état du vagin, du col et du corps utérin, dimensions de l'utérus, telles sont les notions acquises en quelques instants. Si les ovaires ne sont pas augmentés de volume pathologiquement, ils peuvent soit être sentis nettement, soit échapper complètement à l'examen le plus minutieux, même sous narcose; on peut aussi tomber dans une erreur opposée qui consiste à prendre pour des ovaires des choses qui n'en sont pas, par exemple des matières fécales dures dans l'S iliaque. Cette dernière cause d'erreur est facilement évitée si l'on a soin, comme nous l'avons dit, de prescrire une purgation la veille de l'examen. L'ovaire est reconnaissable à sa forme ovoïde, à sa mobilité, à sa sensibilité spéciale beaucoup moins grande, il est vrai, que celle du testicule.

Si le vagin n'existe pas, il faudra recourir au *toucher rectal* d'emblée. Mais ce dernier mode d'exploration ne devra être négligé en aucun cas, il complète et corrobore les résultats fournis par le toucher vaginal; comme pour ce dernier on le combine avec le palper abdominal.

Enfin, il y a un mode d'exploration précieux, dans les cas où l'on soupçonne une absence complète l'utérus ou une malformation importante de cet organe; c'est l'*introduction d'un cathéter dans la vessie*, sonde métallique de préférence; l'extrémité mousse de cette sonde perçue par le doigt rectal permet d'explorer minutieusement tous les points de la cloison recto-vaginale et de déceler la présence d'un utérus même très rudimentaire.

L'exploration au moyen d'un doigt introduit dans l'urètre doit être absolument laissée de côté, sauf peut-être dans le cas où l'on se trouverait en présence d'un urètre particulièrement dilaté; on pourrait alors combiner l'exploration uréthro-rectale bi-digitale.

Par l'emploi de ces différents moyens on aura un ensemble de renseignements qui peuvent déjà suffire à se faire une conviction. On peut parfaire cet examen si on le juge absolument nécessaire en mesurant la cavité utérine soit à l'aide de l'hystéromètre soit plutôt avec une bougie en gomme, n° 6 ou 7, qui, mieux que l'hystéromètre, se pliera aux variations de position de l'utérus ou ira explorer les deux parties d'un utérus bicorne, sans risquer de perforer une paroi utérine souvent de minceur considérable.

L'examen ainsi conduit nous permet, tout d'abord, d'affirmer qu'il y a aménorrhée vraie et non cryptoménorrhée; ni l'hématomètre, ni l'hématocolpos ne sauraient échapper à une exploration aussi précise.

Mais, si l'on perçoit aisément les tumeurs, souvent très volumineuses, que forment ces collections sanguines, il est souvent difficile d'en déterminer la nature exacte et rien n'est plus commun que de les confondre avec un fibrome, un kyste de l'ovaire ou même une grossesse. Il sera de la plus haute importance de se renseigner sur les modifications qui peuvent se produire dans le volume de ces tumeurs ou dans les troubles que leur présence occasionne au moment de la période menstruelle. L'expectation suivie d'un examen à un mois d'intervalle, par

exemple, peut rendre, à cet égard, de grands services.

Nous sommes donc fixés sur un point, nous savons qu'il n'y a pas crypto-ménorrhée, nous connaissons, d'autre part, avec une précision aussi grande que possible, l'état des organes génitaux et celui des différents appareils, nous pouvons répondre d'une manière satisfaisante aux questions qui vont nous être posées.

1° Les règles apparaîtront-elles ?

a) Il ne faut jamais se prononcer pour l'affirmative attendu que nous pouvons être en présence d'une aménorrhée primitive *essentielle*; cette variété ne peut être que soupçonnée si l'on se trouve en présence d'une jeune malade bien conformée, ayant des organes génitaux normaux, ou presque normaux et le diagnostic ne peut être affirmé que le jour où une grossesse est venue apporter la preuve du fonctionnement régulier de l'appareil génital.

Nous pouvons seulement dire, en pareil cas, que l'apparition des règles est possible, probable même, d'autant plus probable que la malade est plus rapprochée de l'âge de 18 ans et nous sommes en droit d'ajouter que cette absence de règles, même dans le cas où elle persisterait, ne constituerait pas un obstacle à une conception ultérieure.

b) L'aménorrhée primitive est *symptomatique d'une altération des organes génitaux*.

C'est alors le degré de cette altération qui donne

la mesure du pronostic. L'utérus pubescent est susceptible de se développer en même temps que les règles apparaissent. Ce développement devient fort improbable pour l'utérus infantile, surtout si la patiente a dépassé vingt ans et, pour cette forme, on peut donner l'apparition des règles comme tout à fait problématique. Cependant, il faut considérer l'existence de molimens menstruels comme d'un pronostic favorable.

On pourra la donner comme certaine s'il y a absence d'utérus ou utérus rudimentaire.

c) L'aménorrhée primitive est *symptomatique d'un trouble de la nutrition*, le retour des règles est subordonné à l'amélioration de l'état général ou de l'affection causale; le pronostic génital passe au second plan, c'est d'un pronostic *quoad vitam* qu'il s'agit ici.

2° Le mariage est-il possible ?

Il est non-seulement possible mais *indiqué* dans une aménorrhée primitive essentielle.

Il est *possible* et peut même être favorable dans une aménorrhée primitive avec utérus pubescent.

Il peut encore être autorisé, mais avec d'expresses réserves, dans le cas d'utérus infantile et dans un cas semblable, il nous paraît indispensable d'ajourner ce mariage le plus possible, d'autant plus que la malade sera plus rapprochée de 18 ans. Passé vingt-cinq ans, il y a les plus grandes chances pour que la

malformation utérine soit irrémédiable et le mariage sera déconseillé.

Il faut le *déconseiller* dans les cas d'utérus rudimentaire et *à fortiori* dans les malformations génitales plus accentuées encore.

Cependant, s'il n'existe qu'une absence de vagin avec intégrité relative probable de l'utérus et des ovaires, on peut tenir en suspens son autorisation subordonnée, dans ce cas, à l'établissement plus ou moins réalisable d'un vagin artificiel. Comme c'est encore l'état de l'utérus et des ovaires qui domine le pronostic en pareil cas, LEGUEU n'hésite pas à conseiller le cas échéant, une laparotomie exploratrice destinée à s'assurer de l'état de ces organes. Nous doutons fort que cette proposition soit acceptée des familles et des malades dans la majorité de ces cas, d'ailleurs fort rares.

Enfin si l'aménorrhée est symptomatique d'un trouble profond de la nutrition, il faut déconseiller formellement le mariage, sauf peut-être dans le cas d'aménorrhée parchlorose.

3° Si le mariage a lieu, quelles sont les chances de grossesse ?

Elles sont rigoureusement proportionnelles à l'état de développement de l'utérus, mais il ne faut pas oublier qu'il y a des chances pour que la patiente reste stérile et pour que si la conception a lieu, elle soit suivie d'une expulsion prématurée du produit. Le mieux pour le médecin est de rester très imprécis sur ce point.

On peut se demander en effet **quelle est l'influence de l'aménorrhée primitive sur la grossesse, le produit de la conception, l'allaitement ?**

Nos observations permettraient de se montrer optimiste à cet égard ; elles font mention de grossesses absolument normales, d'enfants bien portants, d'allaitements poursuivis avec succès, mais nous pensons que le développement général de la mère doit entrer ici en ligne de compte et que plus la mère sera développée, plus les enfants auront des chances de naître vigoureux et de se bien développer.

La femme qui fait l'objet de notre observation personnelle (n° 1) était une petite femme maigre d'aspect plutôt chétif, elle fit une piètre nourrice, son enfant malingre se développa mal et il est probable qu'il mourut peu après sa sortie de la Maternité.

Il y a une éventualité qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit pour éviter de graves erreurs, c'est la possibilité d'une grossesse commençante chez les malades soumises à notre examen, grossesse survenue avant l'apparition des règles, ce qui est toujours possible. Aussi lorsqu'on se trouve en présence d'un utérus un peu augmenté de volume, avant de penser à l'hématomètre, faut-il penser à la grossesse et savoir attendre. L'existence d'un hymen intact ne prouve absolument rien et M. le professeur Pinard a rapporté à la Société d'obstétrique, dans le courant de 1902, l'observation tout à fait curieuse d'une jeune fille

qui avait des rapports sexuels par l'urètre très dilaté, l'hymen était absolument intact, mais les spermatozoïdes s'étaient cependant introduits dans le vagin et la fécondation avait eu lieu.

En résumé, les bases sur lesquelles doit s'appuyer le pronostic sont :

- 1° *L'état de développement des organes génitaux.*
- 2° *L'âge des malades.*
- 3° *L'existence de molimens menstruels.*
- 4° *Très accessoirement, l'habitus extérieur des malades.*

CHAPITRE V

LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS L'AMÉNORRHÉE PRIMITIVE

Etant donné une aménorrhée primitive jugée bénigne, c'est-à-dire dans laquelle on admet la possibilité de la conception, y a-t-il lieu d'instituer un traitement visant à l'établissement du flux menstruel ?

On est en droit de se le demander après ce que nous avons dit de l'*aménorrhée essentielle*, après les nombreux exemples de conception survenue au cours de l'aménorrhée primitive; cependant, nous pensons que, d'une manière générale, il vaut mieux chercher à provoquer l'apparition des règles. L'expérience prouve que ce résultat peut être obtenu et d'autre part, il nous paraît incontestable que l'apparition des règles vient modifier dans un sens très favorable le pronostic génital d'une malade autrefois aménorrhéique.

Si l'on se reporte à l'obs. 71, on y trouvera un exemple fort instructif. C'est une femme de 35 ans qui n'a eu pour tout écoulement menstruel que quelques gouttes de sang à l'âge de 17 ans et cela une seule

fois. Elle se marie, mais reste stérile; désireuse d'avoir un enfant, elle consulte un médecin qui lui prescrit un *traitement ferrugineux*, au bout de quelque temps, les règles surviennent et la grossesse ne tarde pas à se produire.

L'observation 2 est encore plus probante car l'aménorrhée primitive était *absolue*; à 29 ans, cette malade se soumet à la *faradisation intra-utérine*, les règles apparaissent bientôt et la grossesse ne tarde pas à suivre, celle-ci fut, il est vrai, interrompue au bout de trois mois, mais ultérieurement les règles *reprirent et se continuèrent normalement*.

Il nous semble bien, à la suite de ces exemples que l'on soit autorisé à mettre en œuvre les moyens propres à amener l'instauration du flux cataménial.

Ceci posé, quelle sera notre ligne de conduite? Nous nous inspirerons de ce que nous savons de la physiologie de la menstruation. Ce n'est pas seulement sur le seul appareil génital que doivent porter les tentatives thérapeutiques, il faut se rappeler que la période menstruelle n'est que la manifestation d'une périodicité de la nutrition générale et c'est tout d'abord à l'amélioration de la nutrition que nous viserons. Les procédés employés doivent exclure en grande partie l'usage des médicaments proprement dits, sans cependant en rejeter systématiquement l'emploi; ils comportent surtout l'application de principes diététiques et hygiéniques.

Traitement hygiénique

La vie au grand air, une alimentation saine et abondante, des exercices sans violence, marche, course, équitation, usage modéré de la bicyclette, tels sont les premiers moyens à mettre en œuvre; leur seule action peut suffire quand ils s'adressent à des jeunes filles qui ont toujours vécu à la ville et ont été soumises à un travail continu dans l'air confiné.

On peut trouver un adjuvant utile dans le séjour au bord de la mer ou la vie en montagne, suivant que les malades sont apathiques et de souche tuberculeuse ou ont de l'éréthisme nerveux. On peut également conseiller une cure *hydrominérale* chlorurée sodique (Salies de Béarn, Salins, Bourbonne-les-Bains, etc.).

Enfin l'emploi de la *gymnastique suédoise* est également recommandable et semble avoir donné quelques résultats satisfaisants.

Traitement médicamenteux

Il ne comporte l'usage que d'un très petit nombre de substances, nous retiendrons seulement l'*huile de foie de morue*, les préparations *ferrugineuses* et *arsenicales*. L'heureux résultat obtenu par le traitement ferrugineux chez la malade de l'obs. 71, nous engagerait à employer de préférence ce mode de traitement, même en l'absence de signes certains de chlorose ou d'anémie.

Traitement opothérapique

L'opothérapie peut être indiquée sous deux formes :

1^o *Opothérapie thyroïdienne*, chez des malades envahis par une obésité précoce, que l'on peut soupçonner d'être atteintes d'une forme fruste de *myxœdème*.

2^o *Opothérapie ovarienne*.

On peut dire que si cette dernière méthode est rationnelle, elle est encore toute à étudier, surtout au point de vue de l'aménorrhée primitive. Les cas où on l'a employée jusqu'ici sont ceux où il existait des troubles dus à la ménopause naturelle ou artificielle :

Ses résultats sont très discutés, beaucoup paraissent pouvoir être mis sur le compte de l'auto-suggestion. *Mais l'application de l'opothérapie ovarienne nous paraît beaucoup plus logique dans l'aménorrhée primitive avec hypotrophie de l'utérus* si l'on tient compte des études de FRENKEL sur le rôle du corps jaune ; nous avons vu dans la première partie de ce travail, que le corps jaune sécréterait une substance qui aurait sur l'utérus une puissante action trophique, passagère pendant la période menstruelle, durable pendant la grossesse ou du moins, les premiers mois de la grossesse ; il est donc permis de supposer que l'ingestion de cette substance ou son inoculation sous-cutanée, produirait sur un

utérus peu développé une heureuse modification. Mais pour obtenir un résultat, il faudrait que cette « *lutéine* » fût bien préparée. Les extraits d'ovaires dénommés couramment « *ovarine* » ne répondent nullement aux conditions voulues, préparés avec des ovaires de brebis utilisés en masse et prélevés à une époque quelconque, leur composition est des plus variables et rien ne prouve qu'ils aient une activité quelconque. Ce qu'il faudrait, c'est, ainsi que le propose FRANKEL, de préparer des extraits de corps jaunes en plein développement, celui de la vache, en raison de son volume, est un de ceux qui sont pratiquement utilisables. On aurait ainsi un extrait de composition toujours à peu près semblable et d'une activité sans doute bien supérieure à celle des « *ovarines* ».

Le mode d'administration ne nous paraît pas non plus indifférent et nous aurions *a priori* une préférence marquée pour la *voie hypodermique* qui nous semble celle qui est susceptible d'altérer le moins les propriétés de la « *lutéine* ». Ce n'est là, du reste, qu'une hypothèse, puisque l'expérience montre que l'ingestion n'apporte point obstacle à l'action des extraits thyroïdiens. Mais nous ferons remarquer que CURATULO et TARULLI ont obtenu leurs résultats opothérapiques expérimentaux par injection sous-cutanée des extraits d'ovaire, il y a donc tout intérêt à utiliser une méthode dont la valeur est ainsi démontrée.

Quant aux médicaments *emménagogues* ou soi-disant tels, il nous semble qu'il n'y a rien à attendre

de leur emploi souvent dangereux et au moins nocif pour le tube digestif.

LA QUESTION DE LA GREFFE OVARIENNE

On peut admettre qu'indépendamment de l'hyper-trophie utérine il y a fréquemment dans l'aménorrhée primitive *insuffisance fonctionnelle des ovaires*, la preuve de cette insuffisance est faite quand il s'agit d'ovaires infantiles. Parer à cette insuffisance en greffant dans l'organisme des fragments plus ou moins volumineux d'ovaire ou même des ovaires entiers, de même que l'on greffe des fragments de glande thyroïde, telle est l'idée hardie qui a été mise à l'étude et rapidement introduite dans la pratique par plusieurs chirurgiens. KNACER, le premier, en 1895, tente avec succès la greffe ovarienne chez le lapin, bientôt suivi dans cette voie par GRÉGORIEFF, JAYLE, MAUCLAIRE, MARCHÈRE ; les résultats sont des plus encourageants, non-seulement les ovaires transplantés fonctionnent, mais la fécondation a été obtenue dans quelques cas.

Dès 1895, MORRIS fait une première tentative sur la femme et précisément pour une *aménorrhée primitive*. La greffe prélevée sur une autre malade fut insérée dans le parenchyme du fond de l'utérus. La malade, âgée de 20 ans (voir Obs. 74), vit ses règles survenir et persister après l'opération, 4 ans après elles existaient toujours.

On aimerait à avoir, sur ce cas, de plus amples détails; l'observation que nous avons reproduite in extenso, est trop incomplète pour entraîner une conviction absolue. De plus, la malade était encore jeune et rien ne dit que ses règles ne seraient pas survenues en l'absence de toute intervention; néanmoins, le résultat obtenu est digne de fixer l'attention.

Sur une autre malade MORRIS fait une autogreffe péritonéale d'ovaire et obtient quelque temps après une grossesse qui évolue pendant trois mois, puis se termine par expulsion prématurée, peut-être à cause d'adhérences péri-utérines.

De ces cas et d'autres publiés par GLASS, par DUDLEY, on peut conclure que :

1° *La greffe ovarienne d'une femme à une autre peut être tentée avec succès;*

2° *On est autorisé à espérer la possibilité d'une grossesse après cette transplantation;*

3° *La greffe ovarienne paraît avoir été suivie d'un plein succès dans le seul cas d'aménorrhée primitive où elle ait été essayée. Les résultats obtenus sont assez encourageants pour légitimer des recherches ultérieures dans ce sens.*

Un gros inconvénient se présente lorsqu'on veut se livrer à de pareilles tentatives, c'est la difficulté qu'il y a à trouver une malade qui consente à se laisser enlever un ovaire pour en faire don à sa voisine, et en outre de trouver un ovaire sain. Nous ferons remarquer que jamais, jusqu'ici, on n'a essayé de répéter sur la femme l'expérience si curieuse de Fox déjà

mentionnée. Foa implante sur une lapine adulte, mais castrée, des ovaires de lapine nouveau-née, ces greffes non-seulement reprennent mais deviennent en quelques semaines des ovaires adultes à fonctionnement normal. Peut-être en serait-il de même chez la femme, et il serait plus facile de trouver des ovaires infantiles sains que des ovaires adultes enfants morts pendant le travail, par exemple).

Jusqu'à présent, nous avons passé en revue les différents modes de traitement général, étudions maintenant le traitement local.

Traitement local

Nous rejetons absolument les procédés d'irritation mécanique de l'utérus par l'introduction de corps étrangers dans sa cavité qui peuvent donner lieu à des accidents infectieux graves. Nous laisserons également de côté le massage, et nous dirons quelques mots d'un mode de traitement qui est au moins rationnel et a donné pratiquement des résultats voir Obs. 2 et 67), dont une grossesse (Obs. 2) : c'est la *faradisation utérine*. On fait une séance tous les deux jours de dix minutes de durée, l'intensité du courant doit être assez faible pour que la malade le supporte sans souffrance, le pôle positif est appliqué sur la région lombaire, le pôle négatif soit sur le col utérin soit même dans la cavité utérine. On a préconisé également le courant *galvanique* en applications externes, un pôle pubien et un pôle sacro-lombaire, il faudra

alors se servir comme électrodes de larges plaques de terre glaise pour éviter les escharres.

Indications thérapeutiques fournies par les molimens menstruels

Nous avons insisté à plusieurs reprises sur l'intensité remarquable que peuvent acquérir les *molimens menstruels* devenus alors une source de vives souffrances pour les malades qui en arrivent à réclamer instamment une intervention. Cette intervention consiste dans la *castration bilatérale*, il ne faut la pratiquer qu'après s'être assuré *de visu* de l'état de l'utérus et de la possibilité ou de l'impossibilité de créer un vagin artificiel ; si l'utérus est seulement hypotrophié, que les ovaires soient sains et l'établissement du vagin possible, il faut s'abstenir de la castration et se borner à créer un vagin. La guérison avec retour des règles a pu être ainsi obtenue.

Si l'on est obligé de pratiquer la castration il faut se souvenir que la recherche des ovaires est parfois rendue très laborieuse par leur siège anormal et que, dans quelques cas, l'intervention n'a apporté aucun soulagement aux malades.

Enfin, en l'absence de tout molimen menstruel pénible on peut encore avoir à tenter la création d'un vagin artificiel, soit que l'on juge cette intervention possible chez une jeune fille soumise à l'examen, soit qu'elle soit demandée par une jeune femme dont le mari a vainement tenté de pratiquer le coït.

OBSERVATIONS

En raison de leur nombre, nous ne pouvons donner ici que des observations résumées. Nous les avons divisées en quatre catégories. La première comprend tous les cas d'aménorrhée primitive, avec conception. La seconde, les cas qui ont été suivis d'autopsie ou de laparotomie. La troisième, les cas où l'examen somatique a révélé l'existence de malformations génitales.

Dans la quatrième, nous avons fait rentrer les observations qui ne trouvent place dans aucune des trois catégories ci-dessus tout en se rapportant à un titre quelconque à la question qui nous occupe.

PREMIER GROUPE

OBSERVATIONS DE CONCEPTION AU COURS DE L'AMÉNORRHÉE PRIMITIVE

OBSERVATION I

(Personnelle, inédite)

Recueillie dans le service de M. le docteur BOISSARD

L. D..., 19 ans, née à terme, nourrie au sein. Etat général

assez bon. Développement du corps médiocre. Taille 1 m. 48, système pileux pubien et axillaire peu développé. Seins petits. Bassin normal. N'a jamais été réglée, mais présente tous les deux mois, depuis l'âge de 13 ans, des douleurs épigastriques plus ou moins violentes durant, au plus, quelques heures, forçant parfois la malade à s'aliter, mais ne s'accompagnant jamais de diarrhée ni de vomissements. Les seins ne se sont développés que depuis un an, époque à laquelle ont commencé les premiers rapports sexuels. Depuis dix mois environ, elle éprouve les plaisirs vénériens. Elle ne s'est aperçue de sa grossesse que par le développement du ventre; elle affirme catégoriquement que ses « coliques » n'ont pas eu lieu pendant toute sa grossesse. Elle accouche le 2 novembre 1903, à terme d'un garçon vivant, pesant 2.260 gr. Placenta : 390 gr.

Cet enfant est soumis à l'allaitement maternel; il se développe mal, le neuvième jour il lui manque encore 25 gr. pour avoir récupéré son poids de naissance; il a de l'ictère et du muguet; à ce moment la mère quitte l'hôpital malgré les observations qui lui sont faites. Elle n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION II

(MAC-GINNIS)

J. F..., 29 ans, utérus gros comme une noix; les ovaires sont perçus, mais paraissent plus petits que normalement. Les seins sont excessivement petits et plats. Faradisation intra-utérine. Apparition des règles. Grossesse. Avortement à la suite duquel la malade est restée bien réglée.

OBSERVATION III

(*Observation IV de PETIT*)

Femme de 37 ans, jouissant d'une excellente santé, jamais

réglée, mariée à 19 ans. Deux accouchements normaux, le premier enfant a été allaité par sa mère.

OBSERVATION IV

(*Observation VIII de PETIT*)

Une femme se marie à 17 ans, à 23 ans n'ayant jamais eu ses règles, elle devient enceinte. A partir du 5^e mois de sa grossesse écoulement sanguin mensuel régulier, par les organes génitaux, jusqu'à l'accouchement, puis cessation des règles. Une deuxième grossesse est accompagnée du même phénomène.

A nourri ses deux enfants qui sont bien portants.

OBSERVATION V

(*Observation X de PETIT*)

X..., 26 ans, grande et forte, éprouve tous les 25 jours. les malaises qui accompagnent d'ordinaire les règles, mais n'a jamais eu d'écoulement sanguin. A eu quelquefois un écoulement muqueux (règles blanches). Une grossesse terminée par un accouchement normal. A eu pendant les 3 premiers mois de sa grossesse, des hémorrhagies légères par le vagin, coïncidant avec l'époque des malaises qui remplacent chez elle les règles.

OBSERVATION VI

(*Observation XVI de PETIT*)

Femme mariée à 28 ans, morte à 48. Ayant eu 3 fils d'une parfaite santé. N'a jamais présenté aucun molimen menstruel n'aurait jamais perdu de sang, même au moment de ses accouchements?

OBSERVATION VII

(*Observation XVII de PETIT*)

V. L..., mariée à 21 ans, n'a jamais eu aucun molimen menstruel, aucun trouble à l'époque habituelle de la ménopause, a eu 3 filles, dont deux étaient vivantes et bien réglées au moment de l'observation.

OBSERVATION VIII

(*Observation XVIII de PETIT*)

Mme La..., sage-femme de l'école de Paris, mariée à 15 ans et demi, accouche à 17 ans, immédiatement après, pour la première fois, métrorrhagie, puis rien jusqu'à 20 ans; elle perd son mari et éprouve encore une métrorrhagie; 2 ans se passent sans qu'elle soit réglée. A 22 ans elle se remarie, 2^e grossesse; à 25 ans, nouvelle métrorrhagie. De 23 à 37, elle a 3 grossesses. Sa santé est parfaite. Trois enfants vivants et bien constitués. Elle présente, depuis un âge qui n'est pas noté, un molimen menstruel consistant en diarrhée légère, un peu de leucorrhée et des altérations du caractère qui devenait triste et maussade.

OBSERVATION IX

(*Observation XXII de PETIT*)

F..., 20 ans, accouche le 20 janvier 1846. Dès l'âge de 10 ans, elle avait des poils pubiens et axillaires et des seins développés. Se masturbe depuis l'âge de 15 ans. A eu des rapports sexuels trois mois avant la conception. Revue deux ans après son accouchement; elle n'était toujours pas réglée.

OBSERVATION X

(*Obs. XXIII de PETIT*)

H. B., mulâtresse, accouche à 13 ans et 6 mois à terme d'un enfant mort par procidence du cordon. Un an après elle n'était pas encore réglée. Aucun molimen. Santé excellente.

OBSERVATION XI

(*FEINBERG. Prakt. Vrach. 1902*)

Femme de 31 ans, robuste, mariée depuis trois ans, jamais réglée. Pas de molimen menstruel, utérus en légère antéversion. Le sens génésique existe, coït non douloureux ; le traitement (massage abdominal, électrisation de l'utérus, douches vaginales chaudes) est resté sans effet.

Cette observation a été classée par erreur dans le premier groupe elle appartient en réalité au quatrième

DEUXIÈME GROUPE

Observations d'aménorrhée primitive avec autopsie ou laparotomie.

OBSERVATION XII

(*Personnelle, inédite, due à l'obligeance de M. RIBADEAU-DUMAS*)

P. F..., 59 ans, meurt à l'hôpital Lariboisière le 18 mars 1903. Elle n'avait jamais été réglée. A l'autopsie, on trouve : utérus fibromateux, trompes amincies, roses, transparentes. *A droite*, le pavillon est transformé en une petite masse allongée dure, hérissée de tubercules calcifiés. *A gauche*, mêmes lésions, mais

les nodules tuberculeux sont moins gros, plus nombreux, plus disséminés, quelques-uns gros comme une tête d'épingle forment un semis sur le pavillon. Les deux ovaires sont un peu petits, mais d'aspect normal; sur leurs faces, on voit une série de cicatrices linéaires déprimées qui semblent indiquer que l'ovulation s'est faite normalement. Les conduits tubaires sont complètement oblitérés. Rien du côté du col. La cavité utérine est augmentée de dimensions. Dans le reste de l'organisme, lésions disséminées de tuberculose ancienne.

OBSERVATION XIII

(GAUCHER)

Femme morte à 44 ans. Une de ses cousines n'a jamais été réglée et a eu plusieurs enfants. Elle-même n'a jamais été réglée; depuis l'âge ordinaire de la puberté, elle est soumise à des troubles hystériformes très marqués, mais sans périodicité. A présenté un appétit sexuel des plus marqués coïncidant avec du vaginisme rendant le coït horriblement douloureux. A l'autopsie : vagin très étroit, portion vaginale du col petite, mais d'aspect normal. L'orifice du col donne accès dans un canal terminé en cul-de-sac au bout de 1 cent. environ, Utérus très petit, atrophié, sans cavité aucune. Trompes imperforées. Les ovaires sont de volume et d'aspect normal, couverts de cicatrices menstruelles; autour des ovaires, quelques légères traces de péritonite ancienne.

OBSERVATION XIV

(ALBY *Le Fort*)

Jeune fille présentant tous les attributs extérieurs de son sexe, sauf la menstruation.

Autopsie. Clitoris et petites lèvres moins développés que normalement; vagin terminé en cul-de-sac. Utérus représenté par un feuillet étroit de fibres musculaires se continuant avec

des cordons latéraux représentant les trompes. Ovaires représentés par deux corps fibreux dépourvus de l'élément glandulaire.

OBSERVATION XV

(GINTRAC *Le Fort*)

Jeune fille de 18 ans, jamais réglée, hémoptysies et épistaxis répétés.

Autopsie. Organes génitaux externes normaux. La vessie et le rectum étaient en contact immédiat. Le péritoine passant de la surface de la première sur le second ; il se plissait latéralement et des deux côtés, de manière à simuler les ligaments larges et il contenait les ovaires. Il n'existait pas trace de vagin ni d'utérus. Chaque ovaire aplati était bilobé ; de chacun partait un cordon cylindrique qui se perdait dans le péritoine et représentait probablement la trompe de Fallope.

OBSERVATION XVI

(DUPUYTREN *Le Fort*)

Femme bien développée à tous égards. 27 ans, n'ayant jamais été réglée ni présentée de molimen menstruel. Rapports sexuels depuis 4 ans. Plaisirs vénériens éprouvés. Les organes génitaux externes étaient bien conformés, les seins bien développés. Elle mourut d'une hépatite suppurée ; on trouva un vagin d'un demi-pouce de profondeur au plus et qui semblait être uniquement le résultat des efforts du coït ; la peau s'y prolongeait uniformément dans toute son étendue. Derrière ce cul-de-sac se trouvait immédiatement le rectum séparé de la vessie par du tissu cellulaire seulement ; plus haut on voyait des apparences de ligaments larges contenant dans leur duplicature des trompes et des ovaires plus développés que normalement. Il n'y avait pas d'utérus, mais à l'endroit

où les trompes tendent à se réunir, on trouvait un renflement arrondi, de la grosseur d'une noix, dépourvu de col et de cavité.

OBSERVATION XVII

(MONDINI ET MONARI *Le Fort*)

M^{lle} M..., 23 ans, fille robuste n'ayant jamais été réglée ; elle présentait un molimen menstruel consistant en épistaxis se reproduisant régulièrement chaque mois avec abondance. Lorsque cette hémorrhagie nasale manquait, elle était remplacée par une violente céphalée qui ne cédait qu'à la saignée. Elle mourut à 27 ans. Autopsie : vagin rudimentaire constitué par une simple dépression de la peau. Utérus représenté seulement par deux cornes d'où partent deux trompes perméables. Les ovaires sont à leur place habituelle.

(Les pièces sont conservées au musée anatomique de l'Université de Bologne).

OBSERVATION XVIII

(PUECH)

C. N..., 28 ans, taille au-dessus de la moyenne, constitution robuste, n'a eu à aucun moment d'écoulement sanguin par la vulve, ni aucun molimen menstruel. Mort par tuberculose en novembre 1855. A l'autopsie : sur le pubis, poils noirs et clair-semés. Grandes lèvres un peu plus petites que normalement, Vagin ample et spacieux, de longueur normale. L'utérus petit a les dimensions suivantes : $38^m/m$ de longueur, comme largeur : $21^m/m$ d'une trompe à l'autre, $15^m/m$ au niveau du col, $10^m/m$ seulement au niveau de l'isthme ; le diamètre antéro-postérieur mesure $12^m/m$ dans la partie la plus épaisse. Le corps a la même longueur que le col. La cavité utérine est proportionnée au volume de l'organe, la muqueuse en est pâle et décolorée. L'arbre de vie, très prononcé, est limité au col. L'organe dépouillé de ses annexes pèse 23 grammes. A part sa petitesse,

cet utérus est normalement conformé. Les annexes sont au contraire profondément altérées.

A gauche, la trompe adhère à l'ovaire par des fausses membranes multiples; le pavillon est oblitéré et fixé au bord supérieur de l'ovaire; de plus, un petit kyste existe sur le bord supérieur de cet organe; comme d'habitude, il renferme un liquide analogue à de l'eau de roche. L'ovaire grand comme une pièce de un franc a une forme elliptique; sa face antérieure est en partie recouverte par des fausses membranes de date ancienne; la consistance en est dure et comme cartilagineuse; sa surface est sillonnée par des cicatrices et des crevasses nombreuses, indices d'ovulations antérieures, mais on ne trouve nulle part de caillots anciens, ainsi que de corps jaunes; on ne trouve pas de vésicules de Graaf développées; on en trouve 3 petites au milieu et tout près du stroma.

A droite, l'ovaire présente à noter les mêmes particularités; des fausses membranes anciennes le font adhérer d'une part, à la matrice, et d'autre part, avec la trompe. Celle-ci présente un hydrosalpinx qui se vide dans l'utérus en exerçant une pression à sa surface.

OBSERVATION XIX

(*Observation III de Bossi*)

N. N..., 20 ans, née prématurément à 8 mois. N'a jamais été réglée, mais depuis l'âge de 14 ans, elle est sujette à des convulsions périodiques revenant d'abord irrégulièrement, puis régulièrement à partir de 17 ans, convulsions suivies d'une grande dépression nerveuse. A l'examen, on trouve une absence totale de vagin, un utérus infantile et deux ovaires ectopiques faisant hernie par l'orifice inguinal; ablation de ces deux ovaires qui devenaient gros et douloureux au moment des crises. L'examen histologique des deux ovaires a montré que l'ovulation se produisait normalement.

OBSERVATION XX

(CHASE)

B..., 24 ans, n'a jamais été réglée, mais depuis l'âge de 18 ans, elle éprouve tous les 28 jours les malaises qui accompagnent d'ordinaire les règles avec, en plus, une céphalée intense. Mariée depuis deux ans, elle est stérile. On l'opère pour une tumeur abdominale et on trouve à l'ouverture du ventre : à droite, pas d'ovaire mais un kyste dermoïde ; à gauche, un kyste multiloculaire suppuré, dans la paroi duquel se trouvait un fragment de tissu ovarien avec corps jaunes. La malade guérit, mais n'a pas été suivie.

OBSERVATION XXI

(DUNNING)

Aménorrhée primitive chez une jeune négresse dont le ventre augmente progressivement de volume et soupçonnée pour cette raison de grossesse. Dunning l'examine et trouve une tumeur dure, globuleuse, mobile. Col utérin et vagin petits. Laparotomie qui montre l'existence d'un fibrome pédiculé sous-péritonéal avec utérus et ovaires infantiles. Simple ablation du fibrome relié au fond de l'utérus par un pédicule du volume du doigt. La cavité utérine mesurée avant l'opération, avait un demi-pouce de longueur seulement.

Les observations qui suivent appartiennent toujours à notre deuxième groupe, mais présentent toutes ce caractère commun, que la laparotomie a été pratiquée dans le but de mettre fin à des molimens menstruels extrêmement pénibles pour les malades. Elles sont toutes tirées d'un travail de VINEBERG, intitulé : *Cas-*

tration for rudimentary uterus, absence of vagina, menstrual molimina. Voir notre index bibliographique.)

OBSERVATION XXII

(VINEBERG)

B. L..., 20 ans, domestique, vient consulter parce qu'elle n'a jamais été réglée et souffre de phénomènes pénibles qui ont commencé à 15 ans par des crises douloureuses dans l'hypogastre et le bassin. De 15 à 18 ans, ces douleurs reviennent toutes les 5 semaines et durent 3 à 4 jours; de 18 à 19 ans 1/2, douleurs plus fortes et plus fréquentes; depuis 19 ans 1/2, les douleurs reviennent toutes les deux ou trois semaines et durent 5, 6, 7 jours, l'obligeant souvent à garder le lit. A l'examen, on trouve un urètre très dilaté admettant aisément le petit doigt, pas de vagin, pas d'utérus appréciable. La malade affirme ne pas avoir eu de rapports sexuels. La castration est proposée et acceptée. On trouve un utérus rudimentaire représenté seulement par deux cornes. La découverte des ovaires a été très difficile à cause de leur siège anormal. Ils avaient respectivement comme dimensions $4 \times 2 \times 1$ et $3,5 \times 1,8 \times 1,2$ centimètres. L'examen histologique y a dénoté la présence de follicules de Graaf. La malade n'a pas été suivie.

OBSERVATION XXIII

E. R. PEASLER (1) (Vineberg)

Seins et organes génitaux normaux. Vagin de deux pouces et demi. Deux ovaires normaux avec nombreuses vésicules. A l'autopsie, petit utérus bicorne laissé de côté lors de l'opération, la malade est morte en 6 heures par péritonite). Le molimen consistait en crises périodiques d'épilepsie durant depuis 8 ans.

(1) Transactions of american gynecology soc., vol. I, 1876.

OBSERVATION XXIV

TAUFFER (1) (*Vineberg*)

Violentes douleurs périodiques avec aggravation après le mariage ; menace de troubles mentaux. L'état physique n'est pas noté. Ablation des deux ovaires contenant de nombreux follicules. Malade guérie pendant les trois mois où elle fut tenue en observation.

OBSERVATION XXV

VON LANGENBECK (2) (*Vineberg*)

Femme ayant les seins et les organes génitaux externes bien développés. Absence totale de vagin. Urètre très dilaté livrant passage périodiquement à du sang, après de violentes douleurs ; crises d'hystéro-épilepsie. Utérus petit, unicorne. Ovaire et trompe droits trouvés et enlevés. Les annexes gauches ne sont pas trouvées. 8 mois après cette opération, en 1890, laparotomie par Israël pour une tumeur fluctuante faisant saillie dans le rectum. Israël ne peut trouver l'ovaire laissé précédemment enfoui au milieu d'adhérences. 3^e laparotomie par Hollander, qui trouve un utérus augmenté de volume avec fibrome sous-muqueux. En 1896, Hollander fait une section périnéale, trouve un reste de vagin faisant suite à l'utérus, et crée un vagin artificiel. A la suite de la 1^{re} opération, le flux urétral avait persisté, mais était devenu indolent. 6 mois après la dernière intervention, il n'y avait plus de flux urétral et le coït s'effectuait par le vagin artificiel.

(1) Separate Abdruck aus des Pester Med. Chir. Press, 1878. (Quoted by Kleinwächter. Arch. für gynæk., t. 17, 1881.)

(2) 8^e congrès allemand de chirurgie, avril 1889 et Hollander, in Zeitschrift für geburt und gynæcol. 35. 1896.

OBSERVATION XXVI

THOS. SAVAGE (1) (*Vineberg*)

Malade présentant de violentes douleurs abdominales et pelviennes revenant périodiquement. Mamelles bien développées. Organes génitaux externes normaux. Pas de vagin. Utérus du volume d'un haricot. Annexes normales qu'on enlève. Le résultat n'a pas été noté.

OBSERVATION XXVII

KLEINWACHTER (2) (*Vineberg*)

Femme ayant de pénibles molimens menstruels revenant toutes les 4 semaines et accompagnés d'hématémèses. Seins et organes génitaux externes normaux. Urètre admettant aisément l'index. Ablation facile des deux ovaires, trompes plus petites que de coutume. Utérus représenté par deux petites cornes pleines. Périodes menstruelles ultérieures sans troubles.

OBSERVATION XXVIII

A. MARTIN (3) (*Vineberg*)

Femme ayant toutes les 4 semaines des molimens menstruels pénibles. Utérus très rudimentaire, ablation des deux ovaires.

OBSERVATION XXIX

M. B. WERNER (4) (*Vineberg*)

Femme ayant des céphalalgies et des douleurs lombaires périodiques qui la mettaient dans l'impossibilité de travailler.

(1) The obstetrical Journal of great Britain and Ireland 1880.

(2) Archiv. für Gyn. 1881 t. 17.

(3) Schmidt's Jahrbücher 1886 n° 2.

(4) American Journal of obstetric 1884.

Les annexes gauches sont aisément trouvées et enlevées ainsi que la corne gauche de l'utérus. On ne trouve rien à droite.

La malade meurt 45 heures après l'opération, par péritonite septique. A l'autopsie, on découvre l'ovaire et la corne utérine de ce côté.

OBSERVATION XXX

MAX STRAUCH (1) (*Vineberg*)

Femme ayant toutes les 4 semaines de violentes douleurs abdominales et pelviennes. Menstruations vicariantes fréquentes mais dont la nature n'est pas indiquée. Mamelles développées. Bassin du type féminin (par l'aspect extérieur). Hernie inguinale gauche. Organes génitaux externes modérément développés, mais pauvres en graisse. Urètre admettant aisément le petit doigt. Pas de vagin. Utérus formant une cordelette du volume d'un crayon. Ablation des deux ovaires dont le gauche est trouvé près de la ligne blanche. Guérison complète.

OBSERVATION XXXI

MAX STRAUCH (2) (*Vineberg*)

Femme ayant des molimens revenant toutes les 2 et 4 semaines. Pelvis du type femelle. Mamelles bien développées. Grandes lèvres peu développées. Urètre dilaté, clitoris petit. Vagin fermé par une membrane qui se laisse déprimer de 5 centimètres. Utérus représenté par une corne pleine.

Ablation des deux ovaires. Suites opératoires : douleurs de la cicatrice irradiant à tout l'abdomen. Troubles nerveux et gastriques ; plus de molimens.

(1) Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1888-45.

(2) Zeitschrift für Geburt und Gyn. 1888, t. XV.

OBSERVATION XXXII

DUVELIUS (1) (*Vineberg*)

Femme ayant des céphalalgies revenant toutes les quatre semaines et durant 3 à 4 jours, souvent accompagnées de violentes rachialgies. Mamelles et organes génitaux externes bien développés. Pas de vagin. Deux ovaires et trompes normaux que l'on enlève; utérus représenté par deux cornes qui sont également enlevées.

Résultat non indiqué.

OBSERVATION XXXIII

L. N. WARNEK (2) (*Vineberg*)

Femme ayant des molimens revenant toutes les deux ou quatre semaines. Coût douloureux et redouté. Mamelles et organes génitaux externes bien développés. Pelvis du type féminin. Vagin en cul-de-sac, profond de 4 centimètres et demi, large de deux doigts. Utérus rudimentaire sans col. Annexes droites normales; on les enlève. Les annexes gauches ne sont pas trouvées. Deux mois après l'opération, la guérison s'était maintenue.

OBSERVATION XXXIV

A. MARTIN (3) (*Vineberg*)

Femme ayant toutes les 4 semaines de pénibles molimens. Mamelles et organes génitaux externes bien développés. Urètre large. Ablation des deux annexes d'aspect normal. Utérus représenté par deux petites cornes. On enlève la gauche.

(1) Ibid. t. XVII, 1889.

(2) Ibid. t. XVII, 1889.

(3) S. Frankr Zeit. für Geburt und gyn., 18, 1890.

Suites opératoires : 15 mois après il n'y avait aucun retour des molimens menstruels, mais la malade éprouvait des bouffées de chaleur dont elle n'avait jamais souffert auparavant.

OBSERVATION XXXV

L. FROMMEL (1) (*Vineberg*)

Femme ayant des molimens toutes les 4 semaines.

Mamelles et organes génitaux externes bien développés. Urètre large. Utérus gros comme une noix. Ablation des deux ovaires qui sont de grande dimension et présentent de nombreux follicules de Graaf. Ovaire droit en position anormale (non indiquée).

Résultat opératoire non indiqué.

OBSERVATION XXXVI

KEIFFER (2) (*Vineberg*)

Femme ayant de pénibles molimens menstruels depuis plusieurs années.

Vulve normale, vagin formant un cul-de-sac de 3 centimètres; laparotomie. Exploration manuelle de l'abdomen et du petit bassin, aucune trace d'ovaire ni d'utérus. Résultat non indiqué.

OBSERVATION XXXVII

O. BLOCH (3) (*Vineberg*)

Femme ayant des douleurs abdominales et pelviennes violentes toutes les quatre semaines mais qui, depuis quelque temps, deviennent beaucoup plus continues et plus pénibles.

(1) Munch. Méd. Woch. 1890, n° 15.

(2) Bull. de la soc. Belge de Gyn. et d'obst., 1892.

(3) Nordisk Medicinisk Arkiv. 23, 1893 et Jahresb. Geb. und Gyn., 1892.

Les seins et les organes génitaux externes sont bien développés. Urètre large, pas de vagin, utérus des dimensions d'une noix. Extirpation des ovaires qui sont légèrement élargis et présentent plusieurs kystes.

Six mois après l'opération la guérison s'était maintenue.

OBSERVATION XXXVIII

FRITSCH (1) (*Vineberg*)

Femme ayant toutes les 4 semaines de violentes douleurs abdominales auxquelles se sont surajoutées, depuis peu de temps, de violentes douleurs pelviennes plus continues. Pas de menstruation vicariante. Seins et organes génitaux externes bien développés, urètre largement dilaté. Vagin en cul-de-sac de deux centimètres. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche gros comme un œuf d'oie. Ovaire droit normal mais exceptionnellement large. Utérus bicorne gros d'un côté comme une prune, de l'autre comme une cerise. Extirpation des deux cornes et des deux ovaires.

La guérison s'était maintenue 4 mois après l'opération.

OBSERVATION XXXIX

BEUTTNER (2) (*Vineberg*)

Femme ayant des douleurs continuelles dans l'abdomen avec aggravation progressive ; en plus, vomissements survenus depuis peu.

Seins et organes génitaux externes bien développés. Vagin terminé en cul-de-sac ; l'utérus présente deux cornes pleines ; les deux trompes et les deux ovaires sont trouvés et enlevés.

Résultat non indiqué.

(1) Rapporté par E. Glaser in *Centralb. für gyn.* 1892.

(2) *Centralbl. für. gyn.* 1893.

OBSERVATION XL

STRATZ (1) (*Vineberg*)

Molimens menstruels pénibles. Etat des seins et des organes génitaux externes non noté. Les deux ovaires furent enlevés. Résultat opératoire pas noté.

OBSERVATION XLI

BOURSIER (2) (*Vineberg*)

Toutes les 4 semaines, violents molimens. Seins et organes génitaux externes bien développés, vagin représenté par une dépression de un centimètre. Urètre large, utérus rudimentaire. Trompe et ovaire droits trouvés et enlevés. Trompe et ovaire gauches non trouvés. Aucun changement après l'opération.

OBSERVATION XLII

JACOBS (3) (*Vineberg*)

Femme ayant toutes les quatre semaines de pénibles molimens menstruels. Seins et organes génitaux externes bien développés. Utérus représenté par deux corps triangulaires. Deux trompes et ovaires normaux, enlevés, ainsi que l'utérus rudimentaire. Guérison.

OBSERVATION XXXXIII

FRITSCH (4) (*Vineberg*)

Femme commençant à souffrir à 29 ans de douleurs abdo-

(1) Jahresb. für Geb. und. Gyn. 1893

(2) Congrès périod. intern. de gyn. et d'obst. de Bruxelles 1894.

(3) Ibid.

(4) Rapportée par G. Kirchgasser in Centralbl. für gyn. 1896.

minales survenant toutes les 4 semaines, durant 3 à 4 jours, auxquelles sont venues s'ajouter récemment des douleurs pelviennes et des troubles nerveux graves. Les seins et les organes génitaux externes sont bien développés. Le vagin étroit forme un cul-de-sac de quatre centimètres de profondeur. On enlève l'ovaire droit trouvé au milieu d'adhérences solides et étendues. Les annexes gauches ne sont pas trouvées. Utérus unicorne plein, qui est enlevé. Guérie quatre mois après l'opération.

OBSERVATION XLIV

CZEMPIN (1) (*Vineberg*)

Femme ayant de violentes douleurs périodiques et de l'incontinence d'urine. Seins et organes génitaux externes bien développés. Urètre très dilaté servant aux rapports sexuels. Incontinence d'urine. Extirpation d'un utérus rudimentaire et d'un ovaire par incision périnéale. L'autre ovaire manque. Création d'un vagin artificiel. Résultat pas noté.

OBSERVATION XLV

SCHWARTZ (2) (*Vineberg*)

Malade âgée de 20 ans, ayant depuis l'âge de 15 ans des molimens menstruels. Seins et organes génitaux externes bien développés. Vagin tout à fait absent, utérus unicorne gauche ; pas d'annexes gauches, les annexes droites existent. Entre la vessie et le rectum existe une tumeur liquide grosse comme un œuf de poule constituée par un vagin clos, rempli de liquide. Création d'un vagin continu. Léger flux menstruel à deux reprises après l'opération et sans douleurs appréciables.

(1) Zeitsch. für Geb. und Gyn. 35. 4896.

(2) Revue de gyn. et de chir. abd. 1897.

TROISIÈME GROUPE

OBSERVATIONS DANS LESQUELLES L'EXAMEN SOMATIQUE A RÉVÉLÉ L'EXISTENCE DE MALFORMATIONS GÉNITALES PLUS OU MOINS MAR- QUÉES.

OBSERVATION XLVI

(*Observation I de GILES*)

L. W..., 18 ans. Jamais réglée. Vagin admettant difficilement un doigt; utérus petit, surtout au niveau du col. On ne sent pas les ovaires.

OBSERVATION XLVII

(*Observation II de GILES*)

M. H..., 20 ans. Mamelles aussi peu développées que possible, ressemblant à des mamelles d'hommes. Poils pubiens très rares. Orifice vaginal petit. Une sonde introduite dans le vagin pénètre seulement de deux pouces et demi. Impossible de trouver un utérus par l'examen recto-abdominal.

OBSERVATION XLVIII

(*Observation IV de GILES*)

N. H..., 22 ans. Pas d'orifice vaginal. Une ligne en croissant semble représenter la position de l'hymen. Opération; à l'incision, il s'écoule du mucus et de la cholestérine, pas de pus. Vagin de deux pouces et demi de long, moitié supérieure très étroite. Utérus et en particulier col utérin très petit. Un an avant l'examen, la malade avait eu des maux de tête et des

douleurs lombaires tous les mois. Giles pensa donc à une crypto-ménorrhée; il fut évident après l'incision que le liquide n'était pas d'aspect menstruel et qu'il s'agissait par suite d'une véritable aménorrhée primitive.

OBSERVATION XLIX

(*Observation VII de GILES*)

X..., 28 ans, mariée depuis 4 ans. Vulve petite, vagin court. Col réduit à un simple bouton. Utérus petit, profond de 1 pouce $3/4$.

OBSERVATION L

(*FAIDHERBE*)

X..., 20 ans. La mère réglée tard à 19 ans. Règles douloureuses ; une seule grossesse.

La malade est une jeune femme de santé excellente et paraissant bien conformée. Jamais elle n'a été réglée, mais son entourage n'y attache pas grande importance, la mère ayant été réglée très tard. On la marie. Les premières tentatives de coït sont tellement douloureuses qu'elles y refuse absolument. L'interrogatoire apprend, en outre, qu'à aucun moment elle n'a présenté d'hémorragies vicariantes qui puissent correspondre aux époques menstruelles. Les désirs vénériens paraissent exister, mais être très peu prononcés.

Femme grande et forte, bien proportionnée. Système pileux axillaire et pubien assez développé. Seins bien conformés, un peu petits par rapport au développement général du corps. Hanches larges et saillantes.

A l'examen des organes génitaux, on trouve le pénil assez saillant. Grandes lèvres épaisses, mais peu élevées et laissant la vulve béante. La vulve est fermée par un plan résistant, à peine déprimé, de un demi-centimètre. L'exploration bimanuelle recto-abdominale, l'exploration rectale combinée avec l'introduction d'une sonde dans la vessie montre qu'il n'existe

aucun organe entre la vessie et le rectum et que même la cloison recto-vésicale est assez mince. Il a été également impossible de trouver trace d'ovaires.

OBSERVATION LI

(Obs. I de HELLIER)

B..., 39 ans, vient consulter pour une dysurie et raconte qu'elle n'a jamais été réglée, ce qui incite Hellier à faire un examen complet. *Anesthésie par l'éther*. Le corps est peu développé, l'état général médiocre. Les organes génitaux externes sont bien développés. Le vagin et la portion vaginale du col normaux. Utérus petit, bifide, plus développé à droite. Paroi utérine très mince. L'hystéromètre enfonce d'un pouce et ne pénètre qu'à droite. Pas de molimens menstruels. On ne prescrit aucun traitement contre l'aménorrhée étant donné l'âge et les constatations faites.

OBSERVATION LII

(Obs. II de HELLIER)

G. J..., 21 ans. Etat général bon. Développement moyen du corps et des mamelles. Organes génitaux externes normaux. La malade accuse des douleurs dans l'abdomen, le dos, le sein et la cuisse gauches, mais sans aucune périodicité.

Elle vient consulter parce qu'elle n'est pas réglée.

Examen physique sous narcose éthérique.

Le vagin et le col utérin sont normaux. L'utérus est bifide ; l'utérus droit est plus développé, sa cavité mesure deux pouces de profondeur, le gauche est rudimentaire. On prescrit un traitement ferrugineux.

OBSERVATION LIII

(HIMMELSBACH)

X..., 23 ans, s'est présentée à moi, il y a 4 ans, parce qu'elle

n'avait jamais été réglée. A l'examen, je trouvai un utérus infantile ; il était impossible de sentir les annexes à la palpation. A de longs intervalles, elle avait présenté de légères hémopysies ; autrement, elle était en très bonne santé.

OBSERVATION LIV

RICORD (*in thèse de Le Fort*)

Femme de 22 ans, n'ayant jamais été réglée et n'ayant présenté aucun molimen menstruel. Les organes génitaux externes sont normaux. L'introduction du spéculum très facile. Il n'existe pas d'anus dont l'emplacement est indiqué par une tache brunâtre radiée, grande comme une pièce de un franc. Le vagin et le rectum ne font qu'un seul et même canal qui sert à la fois à la défécation et au coït ; ce dernier acte s'effectue depuis trois ans sans que l'homme qui cohabite avec cette femme se soit aperçu de cette malformation. Il n'y a pas d'incontinence des matières, l'anneau vulvaire constituant un sphincter suffisant.

OBSERVATION LV

CHEW (*in thèse de Petit*)

Une femme de 22 ans, célibataire, vient me consulter pour de vives souffrances dues à l'aménorrhée. Elle déclara n'avoir jamais été réglée, mais depuis plusieurs années, elle souffrait de nausées, de céphalalgie, de tension pénible dans la poitrine, de douleurs dans les lombes et d'une sensation de lourdeur dans la partie inférieure de l'abdomen. Ces divers phénomènes duraient environ trois ou quatre jours et se terminaient sans aucune excrétion d'aucune sorte du côté du vagin, ni sans aucune hémorragie supplémentaire. Elle n'avait jamais eu d'inflammation ni de maladies du côté des organes génitaux et sa santé était excellente. Elle avait toutes les apparences d'une femme bien développée, les seins volumineux, les hanches

larges ; à l'examen, les organes génitaux externes étaient normaux. Vagin terminé en cul-de-sac à 4 cm. 1/2 de profondeur.

Par le toucher rectal combiné avec l'introduction d'un cathéter dans la vessie, on sentait que dans l'espace situé entre la vessie et le rectum il n'existait pas d'utérus. On ne pouvait percevoir que le cul-de-sac du vagin. Beaucoup de médecins l'examinèrent et tous furent d'avis qu'elle n'avait pas d'utérus. Mais de ce qu'elle avait des symptômes d'excitation périodique, l'aspect d'une femme bien constituée et aussi les besoins sexuels, on ne douta pas qu'elle ne fût pourvue d'ovaires.

OBSERVATION LVI

(RAMAGE)

X..., 23 ans, 16 frères et sœurs dont 7 vivants. Père mort tuberculeux à 50 ans. Deux sœurs de 15 ans et 13 ans, non encore réglées. A eu à 13 ans de violentes crises de gastralgie. L'état général est bon, le développement du corps moyen, le développement des seins médiocre. Les organes génitaux externes sont normaux. Le vagin et le col existent, pas d'utérus, pas d'ovaires appréciables. Une sonde pénètre de un pouce un quart dans la cavité utérine. Pas de molimen menstruel. Pas d'appétence sexuelle. Aucun plaisir pendant le coït.

OBSERVATION LVII

(*Observation VIII de GILES*)

M. W..., 29 ans, mariée depuis 8 ans. A eu il y a onze ou douze ans pendant environ six semaines des crises de douleurs abdominales. Les poils pubiens sont bien développés. L'utérus est très petit ; sa cavité mesure deux pouces de longueur. Les ovaires semblent de dimensions normales.

OBSERVATION LVIII

(*Observation I de Bossi*)

N. N..., 25 ans, présente depuis l'âge de 15 ans des crises mensuelles d'entérorrhagies accompagnées de crises hystériques revenant tous les 27 ou 28 jours et durant de 3 à 5 jours. Le coït est impossible. Examen physique sous chloroforme. Organes génitaux externes normaux. Pas de vagin : utérus et ovaires ? infantiles. Aucun traitement n'est prescrit; état stationnaire.

OBSERVATION LIX

(W. L. BURRAGE)

E. H..., 26 ans. La mère et un frère morts tuberculeux ; le père et un autre frère rhumatisants. Une sœur de 22 ans a des règles pénibles et des seins peu développés. Varioloïde dans l'enfance ; scarlatine à 8 ans. Etat général bon ; développement physique moyen, développement mammaire faible. Les organes génitaux externes sont normaux. Vagin normal. Utérus petit en rétroversion. Cavité utérine de 5 centim. Annexite double.

Cette femme est mariée depuis 4 ans. Le coït s'effectue normalement. Depuis l'âge de 19 ou 20 ans, elle est sujette à des céphalalgies périodiques revenant trois jours par mois et, depuis un an, presque toutes les semaines.

OBSERVATION LX

(GUÉNOT)

X..., cuisinière, atteinte de rhumatisme articulaire aigu en 1879. Double souffle au cœur, très anémique. Jamais réglée. Ne s'est pas mariée pour ce motif, hymen intact, seins peu développés. Depuis l'âge de 14 ans elle a chaque mois des douleurs hypogastriques médianes et un petit écoulement

muqueux. A l'examen, vagin normal. Petit col utérin. Petit utérus en antéversion.

OBSERVATION LXI

(SQUAREY)

Triple observation d'aménorrhée primitive chez trois sœurs, avec absence d'utérus.

Le défaut congénital semble provenir de la branche maternelle, la mère ayant une sœur qui n'a jamais été réglée et trois tantes mariées et stériles, mais je n'ai pu avoir aucun renseignement précis sur l'état possible de l'utérus et des annexes chez ces femmes.

La mère de ces jeunes filles est une femme bien portante de 56 ans qui a été réglée de 12 ans à 46 ans, toujours régulièrement. A eu cinq enfants dont deux morts jeunes, un garçon et une fille bien conformés, semble-t-il.

Père mort phthisique, marié deux fois ; il a eu de sa première femme des enfants qui se sont mariés et ont eu à leur tour des enfants, et de sa deuxième femme cinq enfants en tout, ainsi que nous venons de l'exposer.

Voici l'histoire des 3 filles :

M. A. F., 26 ans, bien conformée, blanchisseuse, vint me trouver en août 1871, parce qu'elle avait la « matrice ressermée » et n'était pas réglée. Sa santé générale était bonne. Elle n'était pas très forte mais avait été beaucoup plus faible. Elle souffrait du ventre et de la tête, mais sans aucune régularité. A l'examen, on trouve un vagin terminé en cul-de-sac de 1 pouce $1/2$ à 2 pouces de long, spacieux, pas trace d'utérus appréciable ni par le vagin, ni par le rectum, ni en combinant ces deux modes d'exploration. Impossible de trouver aucun plan solide entre la vessie et le rectum. Aucune sensibilité à l'examen. Le pubis est entièrement dépourvu de poils mais il y en avait quelques-uns autour de l'anus. Seins bien développés.

E. F. 18 ans. Se plaint de maux de tête et de vertiges, mais légers. Aucune douleur périodique. Pas encore réglée. L'examen vaginal donne les mêmes résultats que chez la sœur aînée, sauf une étroitesse plus grande.

J. F. 16 ans. Jeune fille pas très forte, mais de bonne santé habituelle, souffre de céphalalgies et de gastralgies, mais sans aucune périodicité. L'examen donne les mêmes résultats que ci-dessus.

En regardant ces trois sœurs, rien ne peut faire soupçonner leur malformation. Les deux aînées m'ont avoué qu'elles n'avaient qu'un faible penchant pour le coït.

A la suite de la lecture de ces trois observations devant la Société d'obstétrique de Londres, une discussion eut lieu, pendant laquelle plusieurs membres de la Société apportèrent des faits analogues.

QUATRIÈME GROUPE

OBSERVATIONS DIVERSES

OBSERVATION LXII

(DUCHESNE)

Aménorrhée primitive avec molimen consistant en sueurs périodiques.

X... 48 ans, jouit d'une bonne santé jusqu'à 13 ans. De 13 à 18, état dyspeptique, amaigrissement. De 18 à 27, apparition de malaises nouveaux, violentes douleurs lombaires et abdominales, palpitations, œdème des jambes. On pratique une saignée, cessation des accidents qui reparaissent le mois suivant et cèdent à une nouvelle saignée, et ainsi de suite. Quel-

quefois la saignée était remplacée par des sangsues ou des applications de ventouses. A 32 ans, un médecin lui conseille de remplacer ces saignées par une sudation abondante, ce qui fut fait ; bientôt la sudation s'établit spontanément et régulièrement durant deux ou trois jours ; malaises quand les sueurs n'étaient pas assez abondantes. Une ou deux fois par an, encore nécessité de la saignée. A partir de 46 ans, ces sueurs deviennent irrégulières comme apparition, durée et intensité et, à l'âge actuel (48 ans), elles persistent encore très irrégulièrement. Santé actuellement florissante.

Il n'a pu être fait d'examen des organes génitaux.

OBSERVATION LXIII

(MITCHELL)

Aménorrhée primitive chez une jeune fille de 24 ans ne présentant aucune anomalie génitale.

E. F., 24 ans, Irlandaise, vient consulter parce qu'elle n'est pas réglée et quelle est affolée par les histoires que l'on raconte autour d'elle à propos de cette anomalie. L'examen physique montre que cette jeune fille est parfaitement développée et que ses organes génitaux sont tout à fait normaux. Jamais il n'y a eu le plus léger molimen menstruel. Autant que l'auteur a pu le savoir, il n'y avait pas de désirs vénériens. Le mont de Vénus était presque dépourvu de poils.

OBSERVATION LXIV

(*Observation III de GILES*)

A. B..., 21 ans. Aménorrhée primitive. Pas d'examen physique.

OBSERVATION LXV

(*Observation V de GILES*)

E. K..., 22 ans. Aménorrhée primitive. Pas d'examen physique.

OBSERVATION LXVI

(*Observation IX de GILES*)

Aménorrhée primitive. Développement général normal. Vagin admettant deux doigts. Les organes génitaux internes paraissent bien développés.

Les 6 observations qui suivent sont relatives à des cas qui constituent une sorte de transition entre l'aménorrhée primitive et la menstruation tardive.

OBSERVATION LXVII

— (BAKER)

X..., 20 ans. A eu, à 19 ans, un écoulement sanguin de un jour de durée. On ne remarque rien d'anormal du côté des organes génitaux par le palper combiné au toucher. Traitée par le courant faradique en applications externe (sacrum-pubis) sans résultat, puis courant galvanique appliqué de la même façon. Le même jour douleurs pelviennes et léger suintement sanguin.

L'application fut répétée et le flux vint avec une abondance normale. La malade n'a pas été suivie ultérieurement.

OBSERVATION LXVIII

(*Observation VI de GILES*)

G. K..., 22 ans. Mariée depuis 4 mois. N'a jamais été réglée. Uterus très petit et très antéfléchi. Une sonde y pénètre de deux pouces.

Peu de semaines après être venue consulter, elle eut une très faible apparition de règles? mais il est probable qu'il ne s'agit pas d'une menstruation véritable.

OBSERVATION LXIX

(CAMIADE)

M. C..., 24 ans, n'a eu *qu'une seule fois* un écoulement de sang par la vulve. Hématémèses mensuelles remplacées deux fois par des hématuries.

OBSERVATION LXX

(HIMMELSBACH)

Aménorrhée primitive presque absolue, grossesse.

Jeune femme mariée, de 28 ans, ayant un enfant de 3 ans. Elle n'a été menstruée qu'une fois ou deux une année, mais elle avait passé 14 mois (sans grossesse), sans perdre une goutte de sang, ni supplémentaire, ni autrement. Elle était en bonne santé, ordinairement gaie et d'heureuse disposition, sauf pendant des périodes de quelques jours de durée où elle est d'une irritabilité marquée, manifeste même pour elle.

OBSERVATION LXXI

(JUGAND)

Aménorrhée primitive presque absolue. Traitement ferrugineux. Apparition des règles. Grossesse.

Malade de 35 ans, n'a jamais été réglée, sauf à 17 ans, où elle a vu quelques gouttes de sang apparaître à la vulve. Chaque mois elle a des douleurs lombaires et abdominales, un état fébrile. Mariée à 22 ans. Désireuse de devenir mère, elle essaye, pendant longtemps, sans résultat, divers emménagogues. Puis traitement ferrugineux bientôt suivi de l'apparition des règles, qui reparaissent pendant 4 mois. Au bout de ce laps de temps grossesse.

OBSERVATION LXXII

(REMFRY)

Aménorrhée primitive presque absolue. A eu, à 18 et à 23 ans, des pertes minimes de sang. Femme nerveuse, moyennement développée, mais pas de mamelles. Organes génitaux externes normaux. Vagin conique. Orifice du col admettant une sonde qui s'enfonce de un demi-pouce seulement. Utérus représenté par un noyau dur, gros comme un haricot. On ne sent pas d'ovaires. Tous les 28 jours elle a des maux de tête pendant une semaine.

OBSERVATION LXXIII (JOHNSTON)

*Castration à 11 ans pour double tumeur ovarienne,
développement ultérieur parfait.*

Depuis plus de 8 ans, j'avais enlevé les ovaires d'une fillette de 11 ans qui n'avait jamais été menstruée, pour une double tumeur ovarienne; c'était une enfant dans toute l'acception du mot et je pensais qu'elle constituerait un exemple d'ennuque femelle. Quelle ne fut pas ma surprise, il y a un an environ, en apercevant à ma consultation l'une des plus belles femmes que j'aie jamais vues. C'était monopérée. Sa figure s'était arrondie et était devenue charmante. Les seins, les organes génitaux externes, le vagin étaient parfaitement développés, le pubis couvert de poils épais. A tous égards c'était une femme aussi bien développée qu'il soit possible, sauf qu'elle n'était pas réglée. Outre cela, elle avait une fort jolie voix.

OBSERVATION LXXIV (MORRIS)

**AMÉNORRHÉE PRIMITIVE
GUÉRIE PAR GREFFE OVARIENNE**

Obs. *in extenso*. Miss L. B. âgée de 20 ans a un utérus

et des annexes rudimentaires. *N'a jamais été réglée* et souffre des symptômes qui accompagnent habituellement la suppression de la menstruation. Elle a reçu une greffe d'ovaire dans le fond de l'utérus, greffe provenant d'une malade âgée d'environ 30 ans. 8 semaines après elle était réglée pour la première fois de sa vie, la menstruation fut profuse, dura 10 jours. Une seconde menstruation survint six semaines après, dura cinq jours avec des caractères normaux. La 3^e vint au bout de cinq semaines faiblement et dura un jour. La 4^e et la 5^e vinrent au bout de quatre semaines et avec des caractères absolument normaux.

La malade a un aspect général beaucoup meilleur et elle est soulagée de ses souffrances.

Je l'ai revue récemment plus de 4 ans après l'opération et j'ai constaté que s'il lui arrive de ne pas être réglée un mois, la menstruation arrive le plus souvent à époques régulières, mais sa durée est tantôt prolongée, tantôt courte.

CONCLUSIONS

1) Sous le nom d'*aménorrhée primitive*, il faut entendre l'absence des règles chez la femme arrivée à l'âge habituel de la menstruation.

2) Il y a lieu de distinguer de l'aménorrhée primitive la *crypto-ménorrhée*, dans laquelle l'hémorragie menstruelle a lieu, mais ne peut s'écouler au dehors par suite de l'atrésie d'un point quelconque du canal génital.

3) On peut décrire trois variétés d'aménorrhée primitive.

La première peut être appelée *essentielle*, elle existe sans cause appréciable, étant donné l'état actuel de la science et elle est compatible avec un fonctionnement parfait des organes génitaux.

Les deux autres sont *symptomatiques*:

a) D'une lésion ou d'un vice de conformation des organes génitaux.

b) D'un trouble de la nutrition lié à une maladie locale ou générale (diabète, tuberculose, etc.).

4) Le diagnostic et le pronostic de ces différentes

variétés est possible dans la majorité des cas, mais nécessite toujours un examen complet et minutieux.

5) Les indications thérapeutiques sont de trois ordres :

a) Les unes s'adressent au symptôme aménorrhée et visent au rétablissement du flux menstruel ; elles comportent la mise en œuvre d'un traitement local, ou d'un traitement général, ou de ces deux modes associés.

b) Les autres résultent de l'existence de molimens menstruels par trop douloureux qu'il faut tâcher de supprimer.

c) Les dernières sont fournies par l'existence de malformations génitales curables.

6) Dans un cas, la guérison de l'aménorrhée primitive a été amenée par une greffe d'ovaire sain provenant d'une autre malade, greffe qui fut implantée dans le parenchyme du fond de l'utérus.

Vu :

Le Président :

POIRIER.

Vu :

Le Doyen :

DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAKER (W. H.). — Amenorrhœa, causes, traitement, en particulier traitement électrique. *The Boston med. and surg. journal*, 1872, t. 10, p. 141.
- BAKER (W. H.). — Case of Amenorrhœa resulting from undeveloped uteri. New-York, *med. and surg. journal*, 1873, t. 17, p. 621-625.
- BOSSI. — A propos des rapports entre l'ovulation et la menstruation. *Annales di ostetr. de Milan*, 1896, t. 18, p. 688-694.
- BOUILLY. — Discussion in *Annales de gyn. et d'obst.*, Paris, 1900, t. 54, p. 459.
- BOUIN. — Les deux glandes à sécrétion interne de l'ovaire. La glande interstitielle et le corps jaune. *Revue médicale de l'Est*, Paris-Nancy, 1902, t. 34, p. 465-472.
- BURRAGE. — Aménorrhée absolue chez une femme de 26 ans. Boston, *med. and surg. journal*, 1897, t. 37, p. 393.
- CAMIADÉ. — Déviation des menstrues. Thèse. Paris, 1872.
- CHASE (W. B.). — Remarks on primit amenorrhoe with report of case. New-York, *Med. record*, 1898, t. 54, p. 492, et *American journal d'obst. et de gyn.*, de New-York, 1898, t. 38, p. 512-517.
- CURATULO ET TARULLI. — Influence de l'ablation des ovaires sur le métabolisme organique (Note préliminaire). *Arch. Italiennes de biologie*, 1895, t. 23, p. 388.
- CURATULO ET TARULLI. — Sulla secrezione interna del ovate.

- Bulletin di roy. acad med. di Roma*, 1896, t. 22, p. 496-590.
- DALCHÉ. — Les aménorrhées, leur traitement. *Journal de médecine interne*. Paris, 1903, t. 7, p. 126-129.
- DÖBLIN. — Die amenorrhoe und ihre Behandlung mit Elektrizität. *Thèse de Berlin*, 1894.
- DUBOIS. — Sur la spermase et l'ovulose. *Bulletin de la Société de biologie*. Paris, 1900, t. 52, p. 197-199.
- DUCHESNE. — Aménorrhée complète, sang des menstrues remplacé par des sueurs périodiques. *Moniteur des Hôpitaux*. Paris, 1856, p. 661.
- DUNNING. — Amenorrhœa. New-York, *Med. record.*, 1900, t. 58, p. 133-135.
- ENGELMANN. — What is normal menstruation? New-York. *Med. and surg. journal*, 1900; t. 72, p. 986-988.
- ENGELMANN. — Analyse de 12,000 cas de 1^{re} menstruation. *Annales de gyn. et d'obst.* Paris, 1901, t. 55, p. 30-43.
- ENGELMANN. — Age of the first menstruation in the north American continent. New-York. *Med. and surg. journal*, 1902, t. 75, p. 224-228 et 270-277.
- ENGELMANN. — The age of first menstruation at pole and equator. Rapport au Congrès de Rome, 15 sept. 1902. *American journal of gyn.* de New-York, 1903, t. 2, p. 238-261.
- FAIDHERBE (de Roubaix). — Aménorrhée absolue par absence des organes génitaux internes. *Arch. de tocologie et de gyn.* Paris, 1894, t. 21, p. 212-218.
- FOA. — Sur la greffe des ovaires. *Arch. Ital. de biologie*, 1901, t. 35-3, p. 364.
- FREDERICK. — Traitement de l'aménorrhée par la gymnastique suédoise. *Gaz. de gyn.* de Paris, 1891, t. 6, p. 113-125.
- E. GAUCHER. — Aménorrhée, ovulation, *Bulletins de la Soc. anatomique*, 1880, p. 229-231.
- GILES (A.-E.). — Primary amenorrhœa. *Clinical Journal*, Londres, 1901, t. 17, p. 225-233.
- GILES (A.-E.). — The factors which lead to variation in the

- age of puberty. *Med. chronicle of Manchester*, 1901, 4^e série, t. 1, p. 161-179 et 254-264.
- GLASS (J.-H.). — An experiment of entire human ovary. *Med. News*. New-York, 1899, p. 523-525.
- GRAMMATIKATI — Phénomènes observés sur les femmes après l'ablation des différentes parties des organes génitaux. *Vratch*, 1891, n° 1, analysé dans les *Ann. de gyn. et d'obst.* de 1891, t. 36, p. 67-68.
- GUÉNOT (Z.). — Étude sur la physiologie de la menstruation et ses rapports avec l'arthritisme et la scrofule. *Thèse*, Paris, 1881,
- HALE J.-A.J. — Amenorrhœa. *Saint-Louis clinique*. août 1902, t. 15, n° 8, p. 306-308.
- HELLIER (J.-B.). — On three cases of primary amenorrhœa. *Quarterley. Med. Journal*, Shieffield, 1901, t. 7, p. 132-137, 3 fig.
- HIMMELSBACH (W.-M.). — Emansio mensium. *American medicine*. Philadelphie. 1903, t. 5, p. 730.
- JAYLE. — Opothérapie ovarienne dans la ménopause artificielle post opératoire et la ménopause naturelle. *Revue de gyn. et de chir. abd.* Paris, 1898, p. 239-272 et 649-678.
- JOHNSTON (A.-W.). — Internal secretion of the ovary. *Ann. de gyn. et de ped.* de Boston, 1900, t. 13, p. 523-531 et *New-York med and surg. Journal*, 1900, t. 77, p. 519-522.
- JUGAND (L.). — Aménorrhée chez une femme de 35 ans. Grossesse. *Gaz. des Hôpitaux*. Paris, 1881, t. 54, p. 1043.
- KEIFFER. — La fonction glandulaire de l'utérus. *Archives de physiologie*. Paris, 1897, 5^e série, t. 9, p. 635-645.
- KELLER (H.). — Nutrition pendant la menstruation et son rôle dans le processus vital de la femme. *Archives générales de médecine*, mai, 1897, t. 1, p. 524-535 avec graphiques.
- KERMARREC (J. R.). — Contribution à l'étude des greffes de l'ovaire greffes péritonéales et intra-organiques. *Thèse de Paris*, juillet 1902.

- KNOTT. — A case of amenorrhœa. *Journal of med. sciences.*
Dublin, 1903, 3^e série, n^o 374, p. 94.
- LABUSQUIÈRE (R.). — Greffes ovariennes (leurs résultats).
Annales de gyn. et d'obst. Paris, 1898 t. 1 p. 123-128.
- LABUSQUIÈRE (R.). — Des corps jaunés, leurs fonctions. *Ann.*
de gyn. et d'obst. Paris, 1904, 2^e série t. 1 p. 108-120.
- LE FORT. — Des vices de conformation de l'utérus et des
moyens d'y remédier. *Thèse d'agrégation.* Paris, 1863.
- LINDENTHAL. — Menstruation und corpus luteum. *Wien. Klin.*
Wochenschrift, 1903, t. 106, p. 301-305.
- MAC-GINNIS. — Amenorrhœa. *American journal of gyn. und.*
obst. New-York 1897, t. 11 p. 662-665 et discussion
p. 707-710.
- MAUCLAIRE (Pl.). — Autogreffes sous-cutanées des ovaires
après salpingo-ovariectomie. *Ann. de gyn. et d'obst.* Paris,
1900, t. 59 p. 447-458.
- MERLE. — L'aménorrhée et la dysménorrhée. Résultats obtenus
par le traitement, hydro-minéral (Eaux chlorurées sodiques
chaudes de Bourbonne-les-Bains). *Progrès médical.*
Paris, 1898, p. 305.
- MITCHELL (H. V.). — Report of a case of complete non menstruation.
New-York *medical record* 1892, t. 41, p. 311.
- MONPROFIT. — Greffe de l'ovaire, revue générale. *Anjou médical*
1901. VIII.
- MORRIS (A. T.). — Ovarian transplantation. Lectures on
appendicitis. In-8^o New-York 1895, p. 156-159.
- id. — The ovarian graft. New-York *med. and surg. journal*
t. 62 p. 436-437. Oct. 1895.
- id. — Notes on ovarian grafting. New-York *med. record*
1901, t. 59. p. 83-87.
- NÉGRIER (d'Angers). — Recherches anatomiques et physiologiques
sur les ovaires dans l'espèce humaine, considérés
spécialement sous le rapport de leur influence dans la
menstruation, Paris 1840.

- PATRICK. — Aménorrhœa. *Womans med journal* Toledo (u. s.) 1902, t. 12, p. 186-188.
- PAZZI (M.). — Note sur l'emploi du fer dans l'aménorrhée avec des considérations sur l'étiol., la pathog. et le trait. *Raccoglitore medico*. Forli. 1897. 5^e série, t. 24, p. 101-125-149-173.
- PETIT (A.). — De la conception au cours de l'aménorrhée. *Thèse inaugurale*, Paris 1883.
- PINCUS. — Zur aménorrhœ dem Alter nach geschlechtsreifer Mädchen. *Centralblatt für gyn.* Leipsick 1902, t. 26, p. 1432-1437.
- POGGI. — La fonction menstruelle et l'hématopoièse. *Arch. ital de gyn.* 1899, t. 11, n° 1, p. 13-18.
- PUECH (de Nîmes). — De l'utérus pubescent. *Ann. de gyn. et d'obst.* de Paris, 1874, t. I, p. 278 et p. 446.
- RACIBORSKI. — Traité de la menstruation. Paris 1868.
- RAMAGE (J.). — Congénital absence of ovaries with rudimentary uterus. *Lancet*, London 1896, t. 2, p. 1664.
- REGAUD et POLICARD. — Fonction glandulaire de l'épithélium ovarique. *Bulletins de la Soc. de biologie*, Paris 1901 p. 449-450, 470-471, 615-616.
- REMFREY. — Case of absence of uterus and breasts. *Transactions of obst. soc.* London (1895), 1896 t. 37, p. 12.
- SFAMENI (P.). — Influence de la menstruation sur la quantité d'hémoglobine et de globules contenus dans le sang. *Arch. Ital. de gyn.* 1899, t. 11, n° 1, p. 19-21.
- SILVA (B.). — Contribution à l'étude de la physiopathologie de la menstruation (résumé). *Arch. ital. de biologie*, Turin 1896, t. 25, p. 435-440.
- DE SINÉTY. — Sur l'indépendance relative qui peut exister entre l'ovulation et la menstruation. *Gaz. méd.* de Paris, 1876, t. 52, p. 623-624.
- id. — Manuel pratique de gynécologie. Paris 1879.
- SQUAREY. — Note sur 3 cas d'absence d'utérus et des ovaires

- chez 3 sœurs. *Transactions of the obst. soc.* London 1873, t. 14, p. 212-216.
- STRASSMANN. — Beitrage zur Lehre von der Ovulation menstruation und conception. *Archiv. für gyn.* t. 52, p. 134-234.
- THEMMEN. — De mensibus ex materia quadam peculiarii ovariiis secreta oriundis. *Thèse de Leyde* 1781, traduite par Chéreau *in gaz. hebd.* 11 juin 1875.
- VERECKE. — Des échanges organiques dans leurs rapports avec la menstruation. *Gaz. de gynéc.* de Paris 1897, t. 12, p. 316-318.
- VINEBERG (H. N.). — Castration for rudimentary uterus, absence of vagina, menstrual molimina. *American Journal of gyn. and obst.* New-York 1898, t. 38, p. 500-511.
- WEILL (L.). — Contribution à l'histoire de l'aménorrhée. *Th.* de Strasbourg 1872.
- (Nous n'avons pas pu nous procurer ce travail).
- WESTPHALEN (F.). — Zur Physiologie der menstruation microscopischen Studien. *Arch. für gyn.* Berlin 1896, t. 52, p. 35-70 (3 pl.).

